

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN LOISIR, CULTURE ET TOURISME

PAR
EMMA-ÉMILIE GÉLINAS

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA COMMUNICATION LORS DE
L'ÉLABORATION DE PLANS D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS EN
DÉFICIENCE PHYSIQUE

AOÛT 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La recherche du consensus dans les équipes à composition variée est un enjeu majeur, une bonne communication devient alors l'outil qui permet la mise en place des conditions de réussite et l'atteinte de ce consensus. La question qui nous a préoccupé dans cette étude était celle de savoir comment les équipes impliquées dans le processus d'élaboration des plans d'intervention individualisés en arrivaient à atteindre ce consensus. Sans ce consensus, la coordination des principaux objectifs de réadaptation s'avère être une tâche presque irréalisable. Le but de cette étude était d'identifier les représentations sociales de la communication chez les groupes de participants qui oeuvrent au sein de ces équipes; la prémisse étant que la communication dans le groupe ou la recherche du consensus pouvait être influencé par les images que les participants ont de la communication. L'objectif était de partir de la pratique afin de vérifier dans quelle mesure spécifique les représentations sociales de la communication diffèrent et divergent au niveau de leurs orientations (emphasis sur certains des éléments) et afin de découvrir s'il était possible qu'il y ait une co-orientation des représentations à un moment (interventions individualisées, discussions cliniques et plans d'intervention individualisés) dans le processus de réadaptation. Nous sommes partis de la théorie des représentations sociales et de la communication comme assise théorique. Nous avons utilisé l'entretien semi-dirigé comme méthode de collecte de données. Nous avons effectué notre recherche auprès de d'intervenants du Centre de réadaptation Interval (deux physiothérapeutes, un ergothérapeute et un neuropsychologue), deux coordonnateurs cliniques du même centre et deux parents dont les enfants ont vécu un processus de réadaptation au sein du même établissement. Les entrevues avaient une durée moyenne de 35 minutes. Les résultats démontrent qu'il y avait trois moments

importants dans le processus de réadaptation : les interventions individualisées, les discussions cliniques et le plan d'intervention individualisé. Pour chaque groupe de participants, nous avons effectué la mise en relation des principales catégories à chacun des moments. À partir de ces modèles, nous avons identifié trois représentations sociales de la communication différentes (au niveau de la structure et des composantes de cette dernière) et divergentes (au niveau de l'emphase qu'elles mettent sur la relation ou le contenu). Les intervenants ont une représentation mécanique de la communication; les coordonnateurs cliniques ont une représentation de nature plutôt psychologique et pour le groupe de parent, elle est systémique. Nous avons établi, à partir des conceptions de la communication qu'elles exhibent, la co-orientation, c'est-à-dire la mesure à laquelle elles mettent l'emphase sur la même dimension de la communication, à savoir le contenu ou la relation. Nous avons découvert à cette occasion que lors des interventions individualisées, il y a une co-orientation des conceptions car c'est à ce moment que la représentation des trois groupes de participants met l'emphase sur une même dimension, à savoir ici la relation. Par ailleurs, nous avons également établi que, nonobstant les différences et les divergences, les représentations sociales sont complémentaires compte tenu des rôles joués par chacun des groupes dans le processus. Le rôle premier de l'intervenant (conception mécanique) est de donner de l'information clinique. Pour le coordonnateur clinique (conception psychologique), son rôle est de gérer les relations et le climat. Pour le parent (conception systémique), il est appelé à s'adapter au plan d'intervention et à faire montre de sa participation en profitant de la place et de la latitude qu'il a de poser des questions. Son besoin au niveau du soutien a déjà été comblé au cours des interventions individualisées.

Table des matières

Liste des tableaux.....	7
Liste des figures	9
Remerciements.....	10
Introduction.....	11
Problématique générale.....	15
Contexte théorique	25
Revue de la Littérature	26
Cadre Théorique.....	33
<i>Théorie des Représentations Sociales</i>	34
<i>Opérationnalisation des Concepts</i>	53
<i>Les Conceptions de la Communication</i>	55
<i>La conception mécanique</i>	55
<i>La conception psychologique</i>	55
<i>La conception systémique</i>	56
<i>La conception symbolique</i>	56
Méthode.....	58
L'approche de Recherche.....	59
<i>Les Critères de Validité</i>	61
<i>Validité interne</i>	61
<i>Validité externe</i>	63
Population	65
<i>Définition de la Population</i>	65
<i>Échantillonnage</i>	67

Collecte des Données	68
<i>Mode de Collecte des Données</i>	68
<i>Déroulement des Entretiens</i>	68
Considérations Éthiques.....	71
Résultats	72
Démarche D'analyse	73
<i>Codes Émergents de L'étape de la Codification.</i>	77
<i>Résultats de la Codification du Discours des Intervenants</i>	78
<i>Lors des interventions individualisées</i>	78
<i>Lors des discussions cliniques</i>	79
<i>Lors du plan d'intervention</i>	81
<i>Résultats de la Codification du Discours des Coordonnateurs Cliniques</i>	91
<i>Lors des interventions individualisées</i>	91
<i>Lors des discussions cliniques</i>	92
<i>Lors du plan d'intervention</i>	93
<i>Résultats de la Codification du Discours des Parents</i>	97
<i>Lors des interventions individualisées</i>	97
<i>Lors du plan d'intervention</i>	98
Catégorisation	101
<i>Démarche de Catégorisation</i>	101
<i>Définition des catégories du groupe des intervenants</i>	102
<i>Mise en Relation des Catégories du Groupe des Intervenants</i>	121
<i>Définition des catégories du groupe des coordonnateurs cliniques</i>	125
<i>Mise en Relation des Catégories du Groupe des Coordonnateurs Cliniques</i>	138

<i>Définition des catégories du groupe des parents</i>	141
<i>Mise en Relation des Catégories du Groupe des Parents</i>	149
<i>Différences des Représentations Sociales</i>	152
<i>Liens des Conceptions avec les Résultats</i>	157
<i>Le groupe des intervenants</i>	157
<i>Le groupe des coordonnateurs cliniques</i>	158
<i>Le groupe des parents</i>	159
<i>Complémentarité des Conceptions</i>	160
<i>Co-orientation des Représentations Sociales de la Communication</i>	161
Discussion	164
Retour sur les Propositions du cadre théorique	166
Retour sur les Conceptions de la Communication dans les Représentations Sociales de la Communication	172
Le Plan d'Intervention : Une Façade?	173
Retombées Théoriques de la Recherche	175
Forces et Faiblesses	176
<i>Forces</i>	176
<i>Faiblesses</i>	177
Conclusion	179
Références	182
Appendice A	188
Formulaire de consentement des participants	188
Appendice B	191
Guide d'entrevues	191

Appendice C.....	194
Extrait de la codification des entrevues	194

Liste des tableaux

Tableaux

1	Opérationnalisation des représentations sociales.....	53
2	Mise en lien des codes en fonction des moments pour les intervenants...	78
3	Mise en lien des codes en fonction des moments pour les coordonnateurs cliniques.....	91
4	Mise en lien des codes en fonction des moments pour les parents.....	97
5	Catégorie « Étiquette relationnelle ».....	103
6	Catégorie « Groupe ».....	105
7	Catégorie « Étiquette fonctionnelle ».....	108
8	Catégorie « Contenu ».....	110
9	Catégorie « Équipe ».....	113
10	Catégorie « Gestionnaire du climat » (rôle de l'animateur selon les intervenants).....	114
11	Catégorie « Mise en forme du contenu » (rôle de l'animateur selon les intervenants).....	116
12	Catégorie « Authenticité des relations ».....	117
13	Catégorie « Attentes communicationnelles ».....	119
14	Catégorie « Étiquette relationnelle ».....	126
15	Catégorie « Gestionnaire du climat ».....	128
16	Catégorie « Équipe ».....	130
17	Catégorie « Mise en forme du contenu ».....	132
18	Catégorie « Authenticité des relations ».....	135
19	Catégorie « Attentes communicationnelles ».....	137
20	Catégorie « Besoin au niveau du contenu ».....	142

21	Catégorie « Besoin au niveau du soutien ».....	144
22	Catégorie « Attentes communicationnelles ».....	146
23	Catégorie « Aménagement ».....	148
24	Synthèse des représentations sociales lors des plans d'intervention individualisés.....	152
25	Synthèse du rôle dans le processus de réadaptation en fonction du moment.....	154

Liste des figures

Figures

1	Modèle de convergence de la communication.....	21
2	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des parents lors des plans d'intervention individualisés.....	47
3	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des intervenants lors des interventions individualisées.....	121
4	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des intervenants lors des discussions cliniques.....	122
5	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des intervenants lors des plans d'intervention individualisés.....	123
6	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des coordonnateurs cliniques lors des discussions cliniques.....	138
7	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des coordonnateurs cliniques lors des plans d'intervention individualisés.....	139
8	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des parents lors des interventions individualisées.....	149
9	Modèle mettant en relation des catégories du groupe des parents lors des plans d'intervention individualisés.....	150

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la collaboration de plusieurs personnes. Le support des professeurs a été grandement apprécié. Je tiens cependant à offrir toute ma reconnaissance et à remercier très sincèrement mon directeur de recherche, Jo M. Katambwe, professeur au département des sciences du loisir et de la communication sociale de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il a été d'un support sans pareil et d'une patience exemplaire tout au long du processus de recherche. Il m'a permis de réaliser un mémoire de maîtrise en moins d'une année.

Je tiens également à offrir toute ma gratitude au Centre de réadaptation InterVal qui m'a donné l'autorisation d'effectuer ma démarche empirique et de recueillir l'ensemble de mes données de recherche, notamment Serge Lemieux, directeur général et François Pothier, chef de service. Je remercie, plus particulièrement, les intervenants et les coordonnateurs cliniques du programme de neurotraumatologie qui ont participé aux entrevues. Je tiens aussi à remercier les parents qui ont accepté de participer à cette étude. Leurs témoignages auront permis d'approfondir des questionnements dont il était fait mention dans ce mémoire.

Introduction

Les préoccupations à l'égard des personnes présentant une déficience physique sont grandissantes et la réflexion à ce sujet devient de plus en plus présente au sein des organismes et établissements concernés. Les Centres de réadaptation en déficience physique, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sont au nombre des organismes participant à cette réflexion. Elle vise en partie l'amélioration des services à partir de la révision et de la mise à jour des méthodes et des processus lors de la planification et la coordination des services.

En effet, plusieurs processus de planification des interventions existent et les réflexions enclenchées sur ces derniers font en sorte qu'ils s'améliorent et deviennent de plus en plus près de la réalité des personnes présentant une déficience physique. Outre le fait que ce sont ces instances qui élaborent les grandes lignes des programmes de planification, les interventions sont planifiées et conduites par des équipes à composition variée. Tous les professionnels oeuvrant en réadaptation physique tentent d'apporter une contribution significative de par leurs compétences et leur domaine professionnel respectif. Les défis pour ces professionnels sont individuels et collectifs. Au niveau individuel, il s'agit de prodiguer les meilleurs soins possibles. Au niveau collectif, il est de réussir à faire converger les compétences de chaque professionnel en élaborant des objectifs de réadaptation pour lesquels la contribution de tous est indispensable si on veut répondre adéquatement aux exigences des instances (organisation, lois) ainsi qu'aux besoins de la personne présentant une déficience physique.

La recherche que nous entendons mener vise le processus communicationnel au sein de ces équipes, plus précisément les attentes liées à la communication dans ce processus.

Nous pensons qu'une réflexion, aussi modeste soit-elle, par rapport aux conditions et aux mécanismes qui permettent aux équipes d'échanger de façon efficace pour en arriver à l'atteinte d'un consensus s'impose.

Nous partons donc du fait que les attentes face à la communication sont la traduction, dans la pratique, d'images que les individus ont du processus communicationnel. Ce processus est une des conditions pour l'atteinte du consensus lors des rencontres de planification et de coordination des services de réadaptation. Ces images sont des représentations sociales. Selon Moscovici (1984), les représentations sociales (images mentales résultant d'un processus cognitif individuel et d'un processus social) se retrouvent à travers la communication et se manifestent sous forme de croyances, de valeurs et de pratiques. Les représentations sociales sont donc présentes en amont des attentes, croyances et perceptions et sont « observables » par le biais du comportement communicationnel et des conduites des individus lors des échanges.

Le but de cette étude est d'identifier ces (images) (représentations sociales) de la communication lors de l'élaboration, de la planification et de la coordination des interventions dans un contexte de plans d'intervention individualisés en déficience physique. Les objectifs poursuivis sont d'abord l'identification des images ou représentations sociales de la communication chez les individus prenant part aux réunions de plans d'intervention pour, à partir de celles-ci, mieux comprendre les attentes des participants face à ces échanges.

Ce mémoire se divise en 5 chapitres. Le premier chapitre de ce mémoire est la problématique. Dans ce chapitre, nous retrouvons la problématique générale concernant

les plans d'intervention et la communication au sein d'équipes regroupant plusieurs types d'intervenants. Le deuxième chapitre est celui du contexte théorique. Il contient la problématique spécifique à partir de laquelle nous passons en revue plusieurs études significatives qui ont été menées sur les représentations sociales. Nous présentons enfin dans ce chapitre, le cadre théorique retenu pour cette étude et à l'intérieur duquel nous traiterons de la théorie des représentations sociales.

Le troisième chapitre est celui de la méthode privilégiée et appropriée pour mener à terme cette recherche. Il comprend les principales démarches méthodologiques que nous avons utilisées. Entre autres, nous abordons les questions relatives à la population à l'étude, à la méthode de collecte des données, à la méthode et aux outils qui ont été utilisés pour l'analyse des données.

Le quatrième chapitre présente les résultats. Dans ce chapitre, nous identifions les principaux résultats obtenus à partir de la démarche empirique que nous avons menée.

Le cinquième chapitre engage la discussion des résultats, dans le contexte du cadre théorique que nous avons retenu. Dans ce chapitre, nous procédons à l'interprétation des résultats présentés au chapitre précédent, nous présentons également les retombées théoriques d'une telle étude et nous concluons ce chapitre par la présentation des forces et des limites de l'étude. Enfin, le sixième chapitre conclut ce mémoire en faisant le point sur le chemin parcouru et en relançant l'intérêt de ce thème de recherche pour l'avenir.

Problématique générale

Depuis la première clinique de réhabilitation pour personnes infirmes dans les années cinquante, l'approche d'intervention envers les personnes présentant une déficience physique ainsi que les services dispensés à ces dernières se sont considérablement modifiés. Ces modifications démontrent que des efforts ont été déployés afin de permettre à des personnes présentant une déficience physique de toute nature de développer leur autonomie et de faire partie intégrante de la société comme toute autre personne. De la personne infirme à la personne présentant des incapacités et de l'isolement à l'inclusion, la perception populaire envers ces personnes s'est vue du même coup modifiée. L'approche et les champs d'intervention ont également évolué et sont désormais orientés vers l'approche globale qui considère la personne dans sa globalité et au centre de son processus de réadaptation.

La personne occupe alors une place centrale dans ces approches d'intervention et est amenée à participer à la prise en charge de son développement et de son intégration sociale. Six principes directeurs soutiennent ce principe de globalité soit; « la présomption de compétence de la personne, la promotion de l'autonomie de la personne, l'implication de la personne, de ses parents ou de son représentant, la promotion de la responsabilité parentale, l'implication de la communauté et l'implication de l'État » (Boutet, 1990, p.19). De ce fait, cette nouvelle façon d'intervenir avec les personnes incite à une modification des mécanismes et structures d'intervention privilégiant ainsi une toute nouvelle approche de nature écosystémique, c'est-à-dire qui fait appel directement à la participation de l'utilisateur ainsi qu'à son milieu et à l'équipe dans la mise en œuvre de ses objectifs de réadaptation.

En plus de mettre l'accent sur l'accessibilité aux services, la notion de proximité et de régionalisation des services est soulignée. Il s'agit de faire de telle sorte que ces services soient octroyés le plus près possible du milieu de vie de la personne, ce qui permet de soutenir plus globalement le développement de la personne comme membre d'une communauté d'appartenance. Le processus permettant la planification et la coordination des services de réadaptation sont les plans d'intervention et les plans de service individualisés.

Le plan de services individualisé est un mécanisme qui permet la coordination et la planification de l'ensemble des interventions pour une personne présentant une déficience physique ou dans tout autre domaine nécessitant des interventions, et ce, « pour répondre à ses besoins et à ses attentes. » (Office des personnes handicapées du Québec, 2003, p.1). Les principales composantes d'un plan de services sont un « programme de réadaptation fonctionnelle, médicale et sociale, un programme d'intégration sociale, une orientation scolaire et professionnelle, un programme de formation générale et professionnelle et un travail rémunérateur. » (Despins, 1990, p.59). Ces différentes actions sont adaptées selon le « domaine où la personne a besoin de services. » (Office des personnes handicapées du Québec, 2003). Toujours selon l'Office, la démarche de réalisation d'un plan de services se divise en cinq grandes étapes ;

« (...) l'accueil, la référence et l'admissibilité composent la première étape, l'évaluation de l'ensemble des besoins de la personne et de son milieu constitue la deuxième étape, la troisième étape est composée de l'élaboration et la rédaction et subséquemment (la quatrième), la réalisation de son plan et la (cinquième) l'évaluation/révision du plan. » (p. 19)

Les personnes participant à l'élaboration du plan de services individualisé sont nombreuses. Nous retrouvons, entre autres, des professionnels et intervenants de différentes disciplines, les parents de la personne et quand il est possible de l'intégrer, la personne concernée peut elle aussi prendre part à l'élaboration de son plan de services.

Ces équipes d'intervention, à composition hétérogène, se qualifient ainsi, car dans leur sein « s'opèrent en plus grand nombre des échanges véritables entre les praticiens. (...) [où] tous les membres apportent leur contribution à l'ensemble des autres secteurs de pratique. » (Boisvert & Ouellet, 1990, p. 110).

Quant à eux, les centres de réadaptation ont adopté l'approche par plan d'intervention. Bien que loin de faire le consensus quant à la définition, l'Office des personnes handicapées du Québec (2003) propose le plan d'intervention comme outil de

« planification et de coordination des activités des différents intervenants pour une personne donnée dans un domaine précis d'intervention (...) [qui] favorise une approche multisectorielle plutôt qu'une approche se limitant à l'intervention d'une seule organisation dans le domaine précis d'intervention. Le plan d'intervention n'appartient pas à un établissement ou à une organisation en particulier, il appartient à la personne et commande aux dispensateurs de services une adaptation de leurs services à la réalité de la personne. » (p. 20)

Pour le Centre de réadaptation InterVal, organisme avec lequel nous avons réalisé l'étude, le plan d'intervention consiste en une action concertée regroupant les intervenants au dossier, le client et le parent l'accompagnant, si ce dernier ne peut être présent, un membre de la famille ou un proche peut lui substituer. Les intervenants proviennent de plusieurs disciplines telles l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie, la neuropsychologie, le travail social, la psychologie et l'éducation physique. Le client et le parent sont au centre de l'intervention. Les

échanges sont orientés et dirigés par un coordonnateur clinique qui agit à titre d'animateur de la rencontre. Aussi, lorsqu'il s'agit d'un dossier de la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ) le conseiller en réadaptation au dossier prend également part aux rencontres de plan d'intervention, de même que lorsque le dossier en est un de la Commission de Santé et Sécurité au Travail (CSST). Les services de réadaptation ne commencent à être dispensés seulement qu'à la suite d'une référence médicale.

Comme ces équipes sont constituées de façon plutôt hétérogène et que le but de ces dernières est l'atteinte du consensus pour la planification et la coordination des services de réadaptation, la coopération, dans ce processus décisionnel orienté vers des objectifs communs dans lequel une bonne communication est centrale, devient alors un enjeu de taille. Comment les individus impliqués dans le processus d'élaboration des plans d'intervention individualisés en arrivent-ils à atteindre ce consensus, car sans ce consensus la coordination des principaux objectifs de réadaptation s'avère être une tâche presque irréalisable? Selon Laperrière & Lachapelle (1990), le consensus autour d'une planification de services est caractérisé par le fait que tous les membres de l'équipe sont en accord avec les décisions prises, sans toutefois oublier que ces décisions suscitent « des réserves » chez certains de ces membres. Il s'agit donc véritablement d'un processus de communication dont l'objectif est de construire le consensus. Or, ces « réserves » sont le berceau de problèmes, car elles proviennent des attentes et des besoins des individus impliqués; rarement, en effet, ces besoins ou attentes sont explicités lors des rencontres, et ce, peu importe la nature ou la composition du groupe.

Tel que nous l'avons brièvement abordé précédemment, la communication est un concept central lors de la mise en oeuvre de plans d'intervention individualisés car elle est l'élément précurseur pour la réalisation de ce projet commun incluant la personne, sa famille et les intervenants. La communication est ce sur quoi repose le processus décisionnel, consensuel qui va déterminer la mise en oeuvre du projet attendu lors des plans d'intervention. La recherche du consensus pour les équipes est un enjeu majeur, une bonne communication devient alors un outil fondamental qui permettra la mise en place des conditions de réussite.

Le modèle de convergence de la communication de Rogers & Kincaid (1981), aide à expliquer comment les individus font pour en arriver à converger vers une décision consensuelle. Il présente les principales dimensions qu'on retrouve dans les échanges d'un groupe pour qu'il en arrive à converger vers une compréhension et vers une réalité sociale commune. Il propose deux réalités psychologiques; chaque individu impliqué dans l'échange possédant ses propres croyances et sa perception comme base de cette structure que nous nommons représentations sociales. Les échanges les mènent vers l'action et vers le partage d'une réalité commune. Les variables illustrent l'importance de l'échange d'informations sans toutefois se préoccuper de la relation. Le modèle, quoiqu'il puisse s'avérer utile pour expliquer la mécanique communicationnelle d'échange d'information, n'offre qu'une perspective restreinte de la réalité relationnelle des groupes lorsqu'il s'agit de prendre des décisions et lorsque ces décisions doivent converger vers l'atteinte d'un consensus. Nous retrouvons ce modèle à la page suivante.

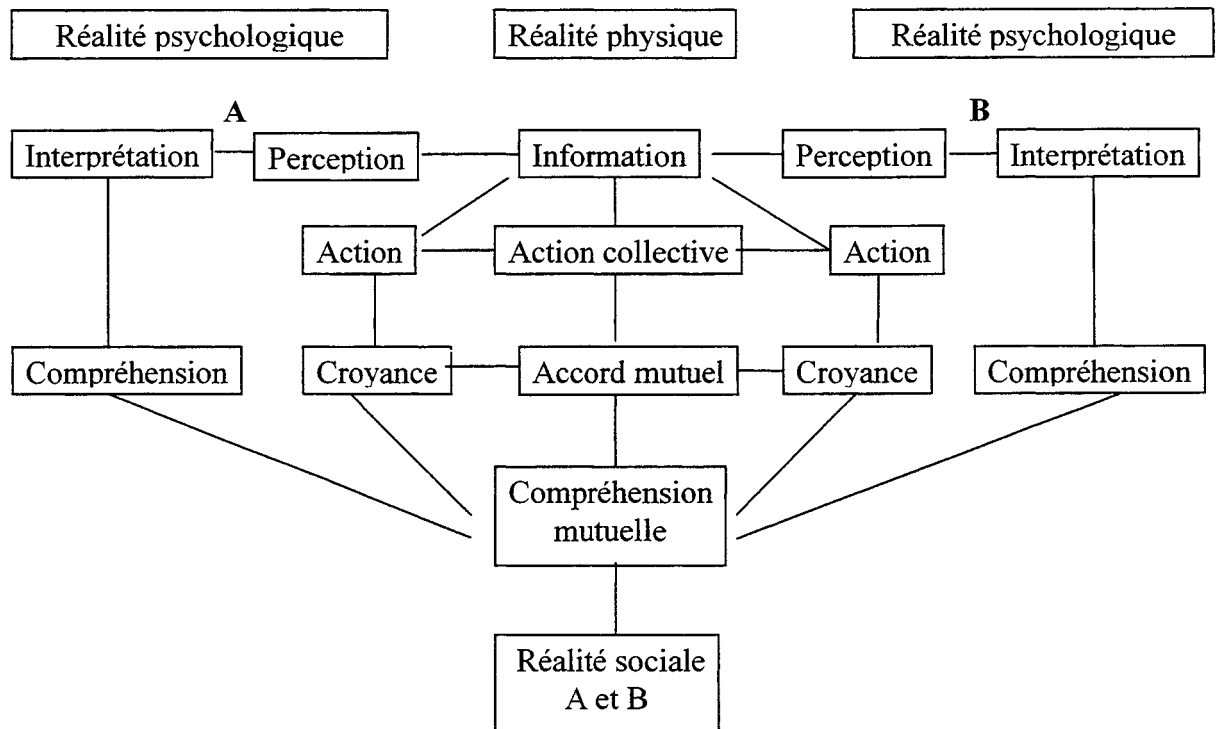


Figure 1 : Modèle de convergence de la communication, adapté et traduit de Rogers et Kincaid (1981)

Dans le contexte de ce modèle, la communication (l'interaction) est le concept central lors de la mise en oeuvre de plans d'intervention individualisés, car elle est au cœur du processus décisionnel, déterminant ainsi l'atteinte ou non du consensus. Parfois, des difficultés surviennent lors du processus d'accord car les acteurs impliqués dans l'échange ne partagent pas nécessairement la même représentation du processus communicationnel et de l'interaction. Il se peut ainsi qu'ayant mis en évidence la représentation qu'ont les participants de la communication, on constate qu'elle ne met pas l'emphasis sur les mêmes éléments d'une structure de communication (telle qu'une

représentation de la communication). Parfois même, il s'agit de problèmes qui relèvent de la mésentente entre intervenants concernant des objectifs de réadaptation. Une des causes des problèmes possibles et fréquents liés à la réalisation des plans d'intervention consiste en cette diversité des points de vue et des réalités de chaque individu, chacun possédant ses propres attentes ou à priori concernant la mise en œuvre du plan et la façon dont il sera débattu.

De ces professionnels qui prennent part à la mise en œuvre de plans, il y a aussi la présence du client et de ses parents qui possèdent des attentes précises en ce qui a trait à la nature de l'échange auquel ils prendront part. Bien souvent, ces attentes ne sont pas formulées directement et ouvertement à l'ensemble de l'équipe (tout comme pour les autres individus impliqués), ce qui peut mener à l'émergence de certaines frustrations, car l'information donnée (ou l'échange) ne correspondra pas à ce qui est attendu. De là naît l'importance de connaître les représentations sociales de la communication et les attentes qu'elles généreront, car ces dernières interviennent et sont susceptibles d'influencer le comportement communicationnel des individus.

Les recherches actuelles achoppent sur la question des conditions qui permettent une meilleure coopération/partenariat entre les individus impliqués dans l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (Bouchard *et al.*, 1996) en déficience physique. Notre recherche tente d'apporter une contribution à ce déficit de connaissances. La question générale de cette étude est de savoir ce que peuvent être les éléments d'une structure de communication telle que la représentation sociale de la communication qui seraient susceptibles de permettre la conception de processus de délibération induisant plus de

collaboration entre les acteurs ? L'étude des représentations sociales de la communication pourrait nous permettre de voir dans quelle mesure les différents groupes d'acteurs s'orientent vers les mêmes éléments communicationnels à partir de leurs représentations. Cette co-orientation est un processus majeur et critique pour améliorer la coopération entre partenaires. Nous pensons alors qu'à travers l'étude des représentations sociales, nous contribuons à bonifier cette réflexion sur les conditions de coopération et de partenariat. Les représentations sociales sont à la base des attentes individuelles et elles sont le berceau des images les plus abstraites que chaque individu se crée face à tout objet. Ce qui rend ces images concrètes et socialement partagées consiste en un processus d'ancrage qui permet leur traduction sous des formes intelligibles, par exemple dans l'interaction, et qui permet la communication entre les individus d'un groupe. Elles sont alors susceptibles d'agir sur les conditions de partenariat et de coopération.

Ce travail de recherche part de l'idée que dans une interaction de groupe où les acteurs sont hétérogènes il y a de fortes possibilités qu'il y existe des représentations sociales de la communication divergentes. La divergence, et pas seulement la différence, entre ces représentations est un des éléments susceptibles de rendre difficile la coopération ou le consensus entre les participants. L'objectif de notre étude est de partir de la pratique afin de vérifier dans quelle mesure spécifique ces représentations sociales divergent au niveau de leurs orientations ou de l'emphase que leurs composantes ou éléments mettent sur la relation ou le contenu en tant que dimensions fondamentales de la communication (Watzlawick *et al*, 1972).

Nous débutons l'examen de la problématique que nous venons d'établir par un contexte théorique. Dans celui-ci, nous amorçons une revue de la littérature sur les représentations sociales de la communication dans la recherche empirique; nous élaborons, au préalable, sur la définition, la structure et les fonctions des représentations sociales dans le comportement des individus et groupes.

Contexte théorique

Revue de la Littérature

Dans la gamme d'études menées sur le sujet des représentations, nous en retrouvons, notamment, sur des concepts aussi variés que la ruralité (Halfacree, 1995), le sida (Pàes *et al*, 1991), la signification de la communication en science (Lievrouw, 1990) et l'émergence d'une représentation sociale des droits humains via la communication interpersonnelle (Huguet *et al*, 1998). La plupart de ces études s'avèrent intéressantes dans la mesure où elles nous fournissent des renseignements quant aux méthodes pour découvrir les représentations, elles proposent des démarches empiriques et des manières par lesquelles les chercheurs ont opérationnalisé les concepts qui ont guidé leurs démarches. Ces études abordent les représentations sociales de différentes façons, ce qui s'avère pertinent car nous pouvons en dresser le portrait mais également utiliser ces éléments afin de justifier certaines parties de la démarche méthodologique que nous menons dans cette étude. Dans ce chapitre, nous vous présentons quelques études qui ont été conduites sur les représentations sociales ainsi que des études plus théoriques, (Bauer et Gaskell, 1999 & Wagner *et al*, 1999) présentant des perspectives plus générales.

L'étude des représentations sociales de la ruralité (Halfacree, 1995), propose les résultats d'une démarche empirique qui a été menée afin de déterminer comment des individus se représentent le concept « ruralité » à partir de l'approche d'étude des représentations sociales. Cette étude se penche sur le processus de formation des représentations sociales de la ruralité chez des individus afin de construire une définition de ce concept abstrait. Les chercheurs évaluent la perception qu'ont les gens de l'objet

en question (ici le concept de ruralité), en fonction d'une série de modalités tel le contexte et l'usage que les individus en font. « La forme précise que ces représentations prennent et leurs actions est hautement contextualisée et dépend de l'usage précis qui en est fait. » (Traduction libre) (Halfacree, 1995, p.1). La méthode utilisée afin de dégager les images du concept de ruralité chez les individus est l'analyse de leur discours. Tel que nous allons l'aborder dans le cadre théorique, les représentations sociales se retrouvent à travers le discours des individus.

La démarche empirique a débuté par l'administration d'un questionnaire posté et s'est conclue par une série d'entrevues en vue d'approfondir certaines réponses des questionnaires. Les résultats démontrent que les questions abordées lors des entrevues, quoiqu'elles soient plus abstraites, fournissent davantage de précisions, car elles visent essentiellement l'idée et l'image derrière le concept.

Selon Pàes *et al* (1991), les représentations sociales ont une « valeur prédictive et fonctionnelle », car elles vont influencer l'attitude des individus. La recherche dont il est question a été conduite afin de valider la présence de deux structures de croyance face au sida précisément identifiées chez deux groupes distincts. Ces structures sont des représentations sociales car selon les fonctions attribuées aux représentations, les individus possédant une structure de croyance (des représentations sociales du sida) plutôt qu'une autre vont se comporter différemment et leurs attitudes face à la maladie sera différente selon leur structure de croyance mais également selon leur groupe d'appartenance. Les auteurs désirent en arriver à déterminer que ces croyances sont des représentations sociales car les individus appartenant aux deux groupes affichent des

attitudes et des comportements face à la maladie qui semblent être aussi profonds et ancrés que des représentations sociales.

Tel que nous le verrons plus loin, les représentations sociales émergent de contextes sociaux précis et en plus de répondre à un processus cognitif individuel, sont également de nature sociale. Dans cette étude, les représentations sont abordées ainsi car les auteurs reconnaissent leurs fonctions qui sont de conserver l'identité sociale des individus, de faciliter l'intégration de nouveaux éléments d'information et de nouveaux événements, de guider les comportements et faciliter la communication entre les membres d'un même groupe; « les représentations sociales existent pour préserver l'identité sociale, intégrer des nouveaux éléments d'information et de nouveaux événements dans des connaissances précédentes et guider le comportement tout en facilitant la communication entre les membres d'un groupe. » (Traduction libre) (p. 90).

Les auteurs évaluent alors les croyances en tant que représentations sociales pour déterminer si l'effet de campagnes d'information va influencer les gens qui ont des croyances préconçues et ancrées. À la lumière des résultats obtenus, les auteurs concluent que les représentations ont effectivement cette valeur prédictive et fonctionnelle car elles peuvent influencer les attitudes des individus face au sida. À partir des fonctions des représentations sociales, qui sont de faciliter l'intégration de nouvelles informations, les auteurs ressortent avec des éléments qui font partie des croyances des individus face à la maladie (ce qui influencera leur attitude). Ils deviennent alors capable d'évaluer si ces individus sont en mesure d'intégrer telle information au lieu de telle autre concernant les attitudes préventives face à la maladie.

Dans une autre étude, Huguet *et al.* (1998), expliquent que les représentations sociales émergent à partir de la communication interpersonnelle ; «la communication ordinaire mène à l'émergence de représentations sociales, qui sont, des exemples de partage collectif de croyances et de valeurs (...)» (Traduction libre) (p. 831). Ces représentations sociales sont reconnues en tant qu'élément facilitant la communication et les échanges au sein des groupes retenus dans le cadre de cette étude. En effet, cette dernière met en scène dix groupes de vingt-quatre personnes qui sont appelées à échanger sur la question des droits humains via un système de messages envoyés par courriel. À partir de cette démarche, les résultats démontrent et valident l'origine sociale ou communicationnelle des représentations.

L'étude menée par Lievrouw (1990) sur les représentations sociales de la communication scientifique, présente le type de communication, mais surtout le processus, que les chercheurs utilisent pour en arriver à transmettre des informations de type scientifique au grand public, et ce, à partir de la prémisse que le discours public est en fait la traduction des représentations sociales de la science de ce dernier. Il effectue cette analogie en expliquant qu'un problème qui est popularisé devient du même coup une partie du discours du public car le public s'approprie le problème et l'intègre dans sa culture.

D'autres articles nous présentent la théorie des représentations sociales et les principales composantes de cette théorie. Entre autres, les auteurs présentent comment, d'un point de vue empirique, le contenu des représentations peut permettre à un groupe de fonctionner; « Les représentations sont fonctionnelles pour l'activité collective, leur

pertinence par rapport au groupe social repose sur le contenu de la représentation, moins que dans ses formes.» (Traduction libre) (Bauer & Gaskell, 1999, p.175). Les démarches empiriques qui sont proposées permettent de découvrir comment les représentations sociales sont formées et à partir de quels processus cognitifs elles émergent. Dans leur article, Bauer & Gaskell (1999) propose aussi une démonstration de l'implication de sept démarches empiriques sur les représentations sociales ; « Le contenu et le processus, le milieu social, les groupes naturels, les études culturelles à travers les groupes, l'analyse multi-méthode (mode et médium); les études longitudinales; les projets culturels; la recherche sur l'attitude» (traduction libre) (p. 175-179). À partir de ces propositions de démarches empiriques, les auteurs font la démonstration de l'implication empirique ainsi que des limites pour l'étude des représentations sociales.

L'autre étude, menée par Wagner *et al.*, (1999), propose aussi un amalgame de méthodes empiriques, ainsi que les limites concernant les biais méthodologiques possibles compte tenu de la participation du chercheur aux recherches menées sur les représentations sociales, surtout lorsqu'il s'agit de recherches de type expérimental;

« L'expérimentation dans l'étude des représentations sociales pose un problème spécifique pour le chercheur puisque les représentations sont des représentations du monde social du sujet et parce que les situations expérimentales, plus particulièrement en laboratoire, charrient de significations propres le chercheur devient nécessairement une partie prenante de l'interprétation que le sujet fait de la situation expérimentale. » (Traduction libre) (Wagner *et al.*, 1999, p.118).

En dernier lieu, l'article présente la théorie des représentations sociales et les implications de cette dernière. Nous reviendrons plus en détails sur la théorie des représentations sociales à la section suivante.

À partir des études que nous avons proposées, nous sommes en mesure de mieux comprendre le concept des représentations sociales. Nous avons découvert que les représentations sociales émergent de la communication à partir de certains processus et qu'elles facilitent en retour la communication entre les membres d'un groupe. Les auteurs que nous avons recensés nous proposent une explication des processus menant à la formation de représentations sociales, et un d'entre eux, va plus loin en affirmant que les représentations sociales ont une valeur fonctionnelle, ce qui pourrait contribuer à démontrer qu'elles peuvent influencer le comportement des individus.

Nous possédons donc une gamme d'éléments concernant le processus cognitif impliqué dans la formation et dans la mise en œuvre des représentations sociales, mais peu de renseignements sur la façon dont elles vont influencer le comportement des gens. À savoir, si une représentation sociale d'un objet quelconque émerge, comment les gens vont se comporter ou dans quelle mesure cela va affecter ou modifier leur comportement. Nous avons également fait un bref retour sur quelques démarches empiriques proposées par les chercheurs. Nous aborderons d'ailleurs plus en détails, au cours de la prochaine section portant sur le cadre théorique, les principales méthodes de cueillette des représentations sociales.

D'un point de vue communicationnel et comme nous pouvons le constater à partir de la revue de la littérature portant sur le sujet, nous ne disposons pas d'études sur les

représentations sociales de la communication. Nous pouvons cependant prétendre que les études réalisées sur les différentes conceptions de la communication (Krone *et al*, 1987) pourraient nous mener vers l'identification des représentations sociales (croyances, valeurs et pratiques) à partir de la conception sous-jacente que chacune d'elles a de la communication. Il se pourrait que le processus communicationnel pour les individus impliqués dans l'échange soit un processus de transmission de l'information, privilégiant ainsi le contenu. Pour certains acteurs, il se pourrait que la communication dans l'intervention soit davantage une question de relation et d'écoute. C'est à ces propositions que nous tentons de répondre.

Tout comme le démontre la revue de la littérature que nous avons effectuée précédemment, il n'y a aucune recherche qui traite des représentations sociales de la communication dans le cadre concret des activités d'intervention en déficience physique. Nous pouvons par ailleurs constater que les études portant sur les représentations sociales sont différentes autant d'un point de vue théorique, empirique que méthodologique. Nous apportons pour notre part, à partir de la recherche que nous menons, une autre perspective, de nature communicationnelle, à l'étude des représentations sociales.

À la lumière de la problématique générale et de la revue de la littérature, nous pouvons en arriver à formuler la question centrale de cette étude et à laquelle nous tentons de répondre. Quelles sont les représentations sociales de la communication lors de l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé en déficience physique ?

Cadre Théorique

L'étude des représentations sociales de la communication ne peut être dissociée de la théorie des représentations sociales telle qu'élaborée par Moscovici (1961). Afin de découvrir comment les représentations sociales peuvent influencer les interactions au sein d'un groupe, nous proposons de voir la communication comme un comportement et les conditions de la communication (conditions de l'interaction) comme ne pouvant être influencées que par les représentations sociales que les individus ont de la communication. Le cadre théorique présenté dans ce chapitre nous servira d'assise pour la compréhension des processus de délibération au sein de groupes hétérogènes et des comportements communicationnels de ces derniers, car l'étude des représentations sociales est « indispensable si l'on veut comprendre les comportements et les pratiques sociales, car elles sont des guides de l'action, elles orientent les relations, les communications et les pratiques sociales. » (Abric, 2003, p.375). Cela nous servira également d'assise théorique dans l'interprétation des résultats de cette étude.

Au cours de ce chapitre, nous présentons la théorie des représentations sociales, ainsi que ses principales composantes. Nous proposons, en guise d'introduction, la définition du concept central de la théorie à savoir ce qu'est une représentation. Nous poursuivrons par la définition du concept de représentations sociales, des processus de formation de ces dernières, leurs structures, leurs fonctions, pour terminer avec les principales méthodes de recueil des représentations sociales ainsi que quelques pistes d'analyse. Nous dégagerons les principales conditions (contextes) d'émergence des représentations sociales et à partir des principales fonctions qui leur sont attribuées, nous insisterons

pour démontrer que les représentations sociales influencent le comportement communicationnel des individus. Par la suite, nous présentons les définitions des différentes conceptions de la communication sous-jacentes à ces représentations sociales. Ceci nous permettra d'établir au chapitre de l'analyse, la nature de la représentation selon la conception et l'orientation spécifique de celle-ci en fonction des catégories et de leurs relations.

Théorie des Représentations Sociales

Pour débiter la présentation de ce cadre théorique, il s'avère incontournable de définir ce qu'est une représentation. Selon Abric (2001), « la représentation est comme une vision fonctionnelle du monde, elle permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place » (p.13) Jodelet (2003) ajoute à cette définition que « les représentations expriment ceux (individus ou groupes) qui les forgent et donnent de l'objet qu'elles représentent une définition spécifique » (p.52). Pour ce qui est de la communication, nous sommes à la recherche ici de ces définitions et sens spécifiques que les participants donnent à la communication dans les plans d'intervention. Selon Abric (2001), une représentation, avant qu'elle ne soit située dans son contexte social fonctionne

« (...) comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus dans leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré-codage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes. » (p.13).

Toujours selon Abric (2001), une représentation se définit à partir de deux principales composantes tout d'abord cognitive car elle « suppose (...), un sujet actif, elle a de ce point de vue une « texture psychologique, elle est soumise aux règles qui régissent les processus cognitifs. » (p.14). Il y a aussi une composante sociale de la représentation qui consiste à la « mise en œuvre de ces processus cognitifs et est directement déterminée par les conditions sociales dans lesquelles elle s'élabore (...) cette dimension sociale génère des règles qui peuvent être très différentes de la « logique cognitive ». » (Abric, 2001, p.14) Malgré ces différences, les règles n'affectent en rien l'organisation et la structure d'une représentation, car la représentation est d'abord une production cognitive individuelle et ensuite contextualisée, permettant ainsi le partage d'une définition commune d'un objet donné.

La représentation apparaît comme système contextualisé, donc qui s'insère dans une organisation. Il y a deux principaux contextes dans lesquels une représentation émerge.

Le premier contexte est discursif;

« (...) par la nature des conditions de production du discours, à partir duquel va être formulée ou découverte une représentation. (...) ce sont des productions discursives qui permettent d'accéder aux représentations. (...) la représentation est produite en situation, pour un auditoire, qu'elle vise à augmenter et à convaincre (...) la signification de la représentation va dépendre au moins en partie des rapports concrets qui se déroulent le temps d'une interaction (Mugny & Carugati, 1985, p.23).

Selon Jodelet (2003), les représentations sociales « circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques et cristallisées dans les conduites et les agencements matériels et spatiaux » (p.48).

Le deuxième contexte qui permet l'émergence d'une représentation est de nature sociale. Le contexte idéologique, d'autre part la place occupée dans le système social de l'individu ou le groupe concerné. « La signification d'une représentation sociale est toujours imbriquée ou ancrée dans des significations plus générales intervenant dans les rapports symboliques propres à un champ social donné. » (Doise, 1992. p.189) « C'est la prise en compte de ces effets [effets de contexte] qui devrait permettre de découvrir le principe organisateur de la représentation masquée par la prégnance d'un contexte particulier. » (Abric, 1994, p.15).

Comme nous l'avons défini, les représentations émergent à partir de deux contextes, le premier étant discursif et le second social. Le contexte discursif permet la découverte des représentations à partir du discours et du contenu de ce dernier. Le contexte social quant à lui justifie qu'une représentation ne peut pas qu'être un processus individuel, cela implique qu'une représentation ne peut être isolée et émerge à partir de la place occupée par un groupe ou un individu, et ce, dans un contexte social donné.

À partir de la présentation des contextes d'émergence des représentations, l'intérêt de se questionner sur les représentations sociales de la communication en tant qu'objet prend son sens. Tel que mentionné précédemment, une représentation émerge d'une production discursive et dans un contexte social. Or, ce que nous proposons dans cette étude est la découverte des représentations sociales de la communication lors de l'élaboration de plans d'intervention individualisés en déficience physique. Afin de découvrir les représentations sociales de la communication, nous proposerons l'analyse

du discours pour comprendre comment les participants construisent leurs expériences des plans d'intervention.

Il existe plusieurs façons de décrire les réalités et le choix des mots et des énoncés pour ce faire aboutit à des versions qui reflètent et construisent différemment la réalité (Willig, 1999). L'analyse du discours dans le cadre de notre approche s'attachera à exhumer, à partir de l'interprétation des dires des participants, les catégories que ceux-ci utilisent pour construire ou expliciter leurs expériences de la communication dans l'intervention en déficience physique.

Dans le cas qui nous concerne, ces représentations vont émerger à partir de l'analyse des entrevues que nous avons réalisées avec les acteurs des équipes lors des rencontres pour l'élaboration de ces plans d'intervention. Elles vont de prime abord exister dans le contexte organisationnel dans lequel s'insère les interactions. C'est d'ailleurs pour cette raison que les personnes qui ont pris part à l'étude ont d'abord été interrogées avant d'entrer dans le plan d'intervention.

Nous avons jusqu'à maintenant défini le concept de représentation qui s'inscrit comme premier élément fondamental de la théorie des représentations sociales. Ce premier concept nous permet de mieux situer comment une représentation est construite et dans quel contexte elle émerge. Cela vient également justifier une partie de la démarche empirique qui a été effectuée dans le cadre de notre étude.

Pour bien situer et justifier à quel niveau le concept de représentation et celui des représentations sociales ne peuvent être dissociés, il est essentiel de préciser qu'un objet (une représentation) ne peut être séparé du sujet. Abric (2001) explique qu'il n'y a pas

de coupure entre un objet et le sujet. Donc, il existe une relation continue entre le sujet et l'objet que ce dernier se représente;

« un objet n'existe pas en lui-même, il existe pour un individu ou un groupe et par rapport à eux. (...) cette relation, ce lien entre l'objet est une partie intrinsèque du lien social et il doit être interprété dans ce cadre. La représentation dès lors est bien toujours une représentation. » (p.12).

Il y a six approches à partir desquelles les différents auteurs définissent le caractère social d'une représentation. La première approche considère les effets contextuels dans la représentation du sujet. La dimension de contexte intègre l'aspect social à la représentation et fait de cette-ci un aspect de la cognition sociale : le « sujet est en situation d'interaction sociale ou face à un stimulus social, la représentation apparaît comme un cas de la cognition sociale (...). » (Jodelet, 1984, p.365). La deuxième dimension est celle d'appartenance « le sujet étant un sujet social, il fait intervenir dans son élaboration des idées, valeurs et modèles qu'il tient de son groupe d'appartenance ou des idéologies véhiculées dans la société. » (Jodelet, 1984, p.365). La troisième approche considère davantage l'aspect « signifiant de l'activité » (Jodelet, 1984, 365). Dans cette approche « le sujet est considéré comme un producteur de sens, il exprime dans sa représentation le sens qu'il donne à son expérience dans le monde social « (...) la représentation est considérée comme l'expression d'une société donnée. » (Jodelet, 1984, p.365).

Le quatrième courant traduit la représentation comme une forme de discours « et fait découler ses caractéristiques de la pratique discursive de sujets socialement situés. » La cinquième approche propose plutôt que la pratique sociale du sujet est au cœur de la formation d'une représentation sociale. Le sujet, en tant qu'acteur social, « produit une

représentation qui reflète les normes institutionnelles découlant de sa position ou les idéologies liées à la place qu'il occupe. (Jodelet, 1984, p.366). Selon le sixième point de vue, ce sont les relations intergroupes qui déterminent la « dynamique des représentations sociales. » (Jodelet, 1984, p.366). Ce sont les interactions entre les groupes qui font en sorte que des représentations sociales émergent. L'activité de représentation qui est générée permet aux groupes de justifier les relations sociales qu'ils entretiennent. Le dernier paradigme, davantage socialisant, « base l'activité représentative sur la reproduction des schèmes de pensée socialement établis (...) » (Jodelet, 1984, p.366). Sans privilégier un paradigme plutôt qu'à un autre, nous avons basé notre étude au carrefour de ces approches. Selon cette avenue, la représentation sociale apparaît alors comme une activité individuelle, générée par une relation du sujet avec le contexte et le milieu et régulatrice des communications sociales. Une représentation sociale, selon Akoun & Ansart (1999), est décrite comme;

« un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales. » (p. 450).

Il y a plusieurs formes par lesquelles les représentations sociales émergent. Jodelet (1984) explique que les représentations sociales sont des phénomènes se présentant sous différentes formes; « En tant que phénomènes, les représentations sociales se présentent donc sous des formes variées, plus ou moins complexes. Images qui condensent un ensemble de significations; systèmes de référence qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire donner un sens à l'inattendu; catégories qui servent à classer les

circonstances, les phénomènes, les individus auxquels nous avons affaire; (...)» (p.360). Donc, les représentations sociales peuvent être traduites sous forme d'images mentales significatives, de systèmes de référence interprétatifs et de catégories classificatrices.

« Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres. » (Jodelet, 1984, p.361-362)

Les représentations sociales se forment à partir de deux processus chez les individus. Ces processus, de prime abord individuels, consistent à la façon dont le social transforme une connaissance en représentation et la façon dont cette représentation modifie et transforme le social. Ces deux processus sont l'objectivation et l'ancrage.

L'objectivation représente l'aspect individuel dans la représentation. Ce processus consiste en une « opération imageante et structurante. » (Jodelet, 1984, 367). Le processus d'objectivation permet de transformer une image en une forme concrète et « fait correspondre des choses aux mots, donne un corps à des schémas conceptuels. (...) et produit « l'agencement et la forme des connaissances relatives à l'objet d'une représentation. » (Jodelet, 1984, p.367). Le paradigme de l'objectivation comporte plusieurs implications. Son triple caractère (construction sélective, schématisation

structurante et naturalisation), lui confère une capacité de généralisation pour plusieurs types de représentation. Ces différentes étapes d'objectivation sont davantage présentes lorsqu'il s'agit de comprendre une théorie.

Le processus d'ancrage détermine la représentation par sa place dans le social. Il concerne « l'enracinement social de la représentation et de son objet. » (Jodelet, 1984, p.371). Selon Doise (2003), l'ancrage consiste en « l'incorporation de l'étrange dans un réseau de catégories plus familières. » (p. 244). De plus, l'étude du processus d'ancrage dans « les attitudes dans les rapports sociaux qui les génèrent revient à les étudier comme des représentations sociales. » (Doise, 2003, p.244). Ce qui signifie que les rapports sociaux génèrent des attitudes et des comportements (communicationnels). Ces attitudes et comportements communicationnels traduisent ce que les gens se représentent et comment ces derniers classifient l'objet pour le rendre plus concret (le processus d'ancrage), de là l'importance d'étudier les représentations sociales comme le berceau de tout comportement interactionnel.

Le processus d'ancrage « articule les trois fonctions de base de la représentation : la fonction cognitive d'intégration de la nouveauté, fonction d'interprétation de la réalité, fonction d'orientation des conduites et des rapports sociaux. » (Jodelet, 1984, p.372). À cet effet, nous reviendrons sur les principales fonctions des représentations sociales un peu plus loin dans ce chapitre que nous avons par ailleurs déjà abordé brièvement dans le rapport entre le processus d'ancrage et l'attitude au paragraphe précédent.

Il y a trois principales modalités qui permettent de saisir comment l'ancrage intervient; « comment la signification est conférée à l'objet représenté, comment la

représentation est utilisée comme système d'interprétation du monde social, cadre et instrument de conduite et comment s'opère son intégration dans un système d'accueil et la conversion des éléments de ce dernier qui s'y trouvent rapportés. » (Jodelet, 1984, p.372). La première modalité consiste en la compréhension du processus d'ancrage comme assignation de sens. Nous pourrions décrire cette modalité comme l'ensemble de significations et de valeurs qui sont véhiculées dans une société donnée et qui permettent à un groupe « d'exprimer ses contours et son identité par les sens dont il investit sa représentation. » (Jodelet, 1984, p.372). Cette modalité du sens permet d'effectuer des liens entre les représentations d'un groupe et le système de valeurs sociétales dans lequel il niche. Cela apporte des éléments de sens pour une meilleure compréhension de la vie des groupes. La deuxième modalité du processus d'ancrage considère ce dernier comme instrumentalisation du savoir. Selon Jodelet (1984), elle permet de saisir « comment les éléments de la représentation ne font pas qu'exprimer des rapports sociaux, mais contribuent à les constituer. » (p.372). Toujours selon l'auteur, cette modalité fonctionne comme un système d'interprétation et assure une fonction de « médiation et entre l'individu et son milieu et entre les membres d'une même groupe. » (p.373). La dernière modalité consiste à la mise en lien entre le processus d'ancrage et celui de l'objectivation. Ce lien permet d'expliquer que le système d'interprétation des individus (lors du processus d'objectivation par la transformation d'une idée abstraite en une image concrète) et à la manière dont ils structurent l'objet en le plaçant dans des catégories familières (le processus d'ancrage), vont guider les conduites et les comportements de ces derniers.

Les représentations sociales jouent un rôle essentiel dans la façon dont les gens vont entrer en relation mais surtout dans la façon dont ils vont se comporter. Selon Abric (2001), il y a quatre fonctions essentielles qui sont attribuées aux représentations sociales. La première fonction en est une de savoir. Cette première fonction permet de comprendre et d'expliquer la réalité. À ce niveau, les représentations sociales agissent en tant que cadre référentiel pour les individus et favorise une communication sociale et l'intercompréhension des individus.

(...) elles permettent aux acteurs sociaux d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent. (...) elles facilitent – voire la condition nécessaire à – la communication sociale. Elles définissent le cadre de référence commun qui permet l'échange social, la transmission et la diffusion de ce savoir « naïf ». Elles manifestent ainsi cet effort permanent de l'homme pour comprendre et pour communiquer dont Moscovici (1981) pense qu'il constitue l'essence même de la cognition sociale. » (Abric, 1994. p.16)

Toujours selon Abric (2001), la deuxième fonction en est une identitaire car les représentations sociales « définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes. » (p.16). Elles permettent aux individus de se situer dans le « champ social (...) et l'élaboration d'une idée sociale et gratifiante (...) » (p.16). Cette fonction des représentations sociales joue un rôle identitaire primordial au sein des groupes et à travers leur processus de comparaison à d'autres groupes.

La troisième fonction des représentations sociales en est une d'orientation car elles guident l'action et les comportements. Il semble alors opportun de s'attarder sur cette fonction, car elle est déterminante pour comprendre comment les représentations sociales peuvent influencer le comportement communicationnel des individus. Selon

Abric (2001), la représentation produit « (...) un système d'anticipations et d'attentes, elle est donc une action sur la réalité : « sélection et filtrage des informations, interprétations visant à rendre cette réalité conforme à la représentation. (...) » (p.17). La représentation précède et détermine une interaction, c'est donc à partir de l'image mentale que les individus auront de la communication, (le processus d'objectivation), la façon qu'ils rendront cette communication familière (l'ancrage) qui déterminera de quelle façon ces individus entreront en interaction avec les autres. Cette fonction de guide des comportements nous amènent à considérer que si les individus ont une représentation donnée de la communication ou de l'échange qui se produit dans un groupe, les comportements communicationnels des individus se verront orientés selon la représentation (l'image de l'objet qui est la communication) qu'ils ont de la communication ou de l'échange en question.

Toujours selon Abric (2001), la représentation est « prescriptive de comportements ou pratiques obligés. » (p.17). En découvrant la source de la représentation sociale de la communication au sein d'une équipe à composition variée, nous pourrions en arriver à déterminer pourquoi la communication est parfois difficile entre les participants puisque, si les représentations sociales de la communication diffèrent, l'échange pourra être teinté par ces différences. Nous pouvons enfin avancer l'idée que si les individus ont tous leurs propres représentations de la communication avant d'entrer en interaction, leurs comportements communicationnels se verront alors influencés par cette représentation qui aura ainsi une incidence sur l'interaction et sur leur comportement dans l'interaction.

La dernière fonction des représentations sociales, selon Abric (2001) est justificatrice car « elles permettent a posteriori de justifier les prises de positions et les comportements » (p.17) (les représentations sociales agissent alors en aval de l'action tout comme en amont de cette même action). En ce sens qu'elles permettent aux individus d'apporter des justifications aux comportements qu'ils adoptent. La plupart des études qui en sont venues à attribuer cette fonction aux représentations sociales sont celles qui ont été conduites à travers les relations intergroupes. Cette fonction sert alors à un groupe à justifier ses comportements vis-à-vis l'autre groupe.

Les représentations ne sont pas explicitées, de telle sorte qu'elles se retrouvent à travers un amalgame de modes et de médiums. Selon Bauer & Gaskell (1999), il y a quatre modes, reliés plus ou moins au langage, dans lesquels les représentations se retrouvent; « tous plus ou moins liés au langage, au comportement habituel, à la connaissance individuelle, à la communication informelle et à la communication formelle. » (Traduction libre) (p.174). Ces différents modes interagissent les uns avec les autres et donnent une certaine stabilité ou changent les représentations sociales. Les médiums, toujours selon Bauer & Gaskell (1999), se distinguent des modes car ce sont; « les mouvements, les mots, les images visuelles et les sons non-linguistiques par lesquels les représentations se manifestent » (Traduction libre) (p.174).

Selon Abric (2001), l'étude des représentations sociales devrait nécessiter une approche multi-méthodologique. Cette démarche doit être organisée en trois temps. Le premier temps consiste au repérage du contenu de la représentation, la deuxième étape insiste sur la relation entre les éléments, leur importance et leur hiérarchie et enfin, la

troisième étape consiste en la détermination et au contrôle du noyau central. Dans les principales méthodes de recueil du contenu des représentations, notons l'utilisation de méthodes dites interrogatives qui « consistent à recueillir une expression des individus concernant l'objet de représentation étudié » (Abric, 2001, p.60) et l'utilisation de méthodes associatives qui fait également appel au discours mais de façon plus spontanée.

Dans l'inventaire des méthodes interrogatives, nous retrouvons l'entretien, plus particulièrement l'entretien guidé. Selon Abric (2001), l'entretien devrait toujours être accompagné d'une autre méthode de recueil car si il est utilisé seul, « il ne permet que rarement d'accéder directement à son organisation et à sa structure interne. » (p.62).

Comme l'illustre à titre d'exemple la figure deux, dans le cadre de notre démarche empirique, nous pouvons prétendre que nous avons accédé à l'organisation et à la structure interne, c'est-à-dire au contenu de la représentation sociale pour chaque groupe de participants. Nous y avons procédé en générant de façon inductive un certain nombre de catégories qui caractérisent le sens que les participants ont donné à cet événement qu'est le plan d'intervention. Les figures, que nous retrouvons dans le chapitre sur l'analyse des données démontrent la structure générale de ces représentations. Les flèches dans les figures illustrent l'organisation logique de la représentation. La mise en lien de ces catégories dans les modèles facilite le repérage de la conception sous-jacente de la communication et de l'emphase que cette conception met sur une des deux dimensions fondamentales de la communication à partir de la catégorie centrale de la représentation.

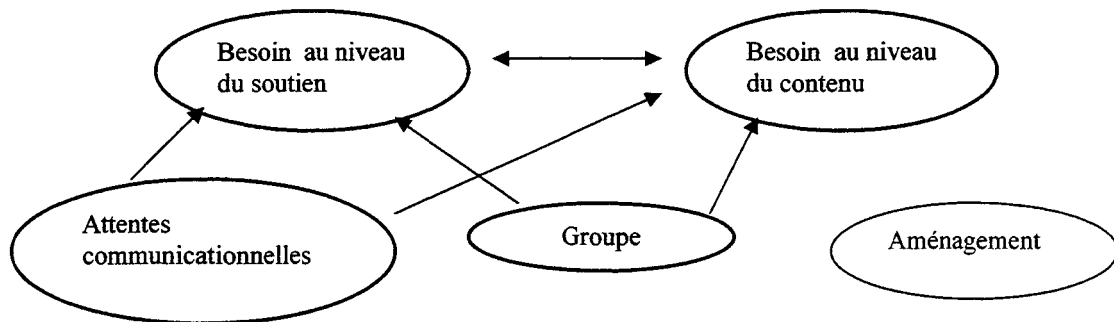


Figure 2 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des parents lors des plans d'intervention individualisés

L'autre méthode complémentaire qui est suggérée pour compléter l'entretien est l'utilisation d'un questionnaire. Cette technique est présentement celle qui est la plus utilisée pour l'étude des représentations sociales. Cependant, le questionnaire limite l'expression de la personne interrogée. Ce qui est suggéré par Abric (2001), afin de contrer cette limite, consiste à l'élaboration de questions qui permettent « et qui valorisent l'activité de la personne interrogée. » (p.63) (Nous pouvons penser que l'entretien semi-dirigé, avec la précaution d'élaborer un bon guide d'entretien, pourrait s'avérer être une méthode efficace considérant les limites énumérées précédemment).

La méthode des planches inductrices est proposée pour l'étude des représentations sociales lorsque des populations éprouvent des difficultés « à s'approprier les modes d'interrogations classiquement utilisés. » (Abric, 2001, p.63). Cette technique consiste en la présentation de dessins et on demande aux individus de s'exprimer sur ces dessins. Il s'agit « d'une variante d'entretien semi-directif dont les relances – le guide – sont

constituées. Non pas par une formulation orale, mais par une simulation graphique. » (Abric, 2001, p.63).

D'autres techniques visuelles peuvent être utilisées afin d'accéder aux représentations sociales. Les dessins et les supports graphiques sont des techniques apparentées aux planches inductrices. Leur principale fonction est de faciliter l'expression des individus et de permettre une meilleure adaptation à des populations qui ne seraient pas à l'aise avec des techniques comme l'entretien semi-dirigé et l'entretien dirigé. Les phases de réalisation, au nombre de trois, sont essentiellement les mêmes pour les trois techniques présentées plus haut. La première phase consiste en la réalisation d'un dessin ou de plusieurs dessins, l'expression verbale des individus (sujets) à propos des dessins et enfin, l'analyse quantitative « des éléments constituant la production graphique. » (Abric, 2001, p.64).

La meilleure technique, selon Abric (2001), lorsqu'elle est réalisable est l'approche monographique car elle permet de recueillir « le contenu d'une représentation sociale, de la référer directement dans son contexte, d'étudier ses relations avec les pratiques sociales mises en œuvre par le groupe. » (p.65). Cette technique consiste en un amalgame de techniques et se réalise de façon longitudinale.

En ce qui a trait aux méthodes dites associatives, nous retrouvons notamment l'association libre qui est une technique qui repose aussi sur la production langagière des sujets, mais contrairement aux autres techniques similaires, elle permet de « réduire la difficulté ou les limites de l'expression discursive (...) car elle consiste, à partir d'un

mot inducteur (ou d'une série de mots), à demander au sujet de produire tous les mots, expressions ou adjectifs qui lui viennent alors à l'esprit. » (Abric, 2001, p.66).

La dernière méthode associative qui est suggérée pour le travail empirique lié aux représentations sociales est la carte associative. Cette technique est composée de trois étapes. La première phase consiste à utiliser la méthode des associations libres. Donc, à partir d'un mot inducteur, le sujet commence ses productions libres. La deuxième étape consiste en la production de nouvelles associations à partir du premier mot, pour ensuite effectuer des regroupements avec les autres mots de son association libre. Est ainsi recueillie une série de trois éléments créée à partir de ces regroupements. Lors de la dernière étape, les regroupements déjà formés par les sujets sont utilisés de nouveau afin de solliciter la production de nouveaux regroupements. À partir de ces étapes, le contenu et la signification de la représentation peuvent être repérés. Cette technique peut se réaliser individuellement ou en groupe.

Plusieurs méthodes d'analyse sont proposées. Nous retrouvons notamment à partir de la technique de l'évocation libre et hiérarchisée (cette technique a été présentée plus haut et comprend deux étapes soit l'association libre et la hiérarchisation des éléments), l'analyse du contenu de la représentation. « Le corpus d'items – le contenu de la représentation – et deux indicateurs quantitatifs pour chaque élément produit : sa fréquence d'apparition et le rang moyen d'importance accordé à cet item par les sujets. » (Abric, 2003, p. 378). La fréquence d'un item ainsi que l'importance accordée à ce dernier détermine la zone du noyau central de la représentation. Les autres éléments représentent la zone périphérique de la représentation. Par exemple, un item qui se

retrouve souvent dans le discours du sujet pourrait alors être placé avec les items qui constituent le noyau central de par l'importance que le sujet lui accorde. Cet item, qui détermine la centralité de la représentation doit cependant être placé en perspective qualitativement (donc en importance dans le discours du sujet) avant de le placer comme élément central de la représentation.

Ce type d'analyse, par évocations hiérarchisées, constitue la première étape d'analyse des représentations sociales. Cette façon de placer les items obtenus peut également être utilisée pour des méthodes d'analyse telles « l'analyse de similitude ou des analyses multidimensionnelles comme l'analyse de Kruskal et l'analyse de correspondance utilisée par A. de Rosa (1988) ou C. Guimelli et J-C. Deschamps (2000). L'analyse de similitudes est une technique d'analyse classique des représentations sociales qui vise « à révéler la structure sous-jacente d'un champ représentationnel. » (Abric, 2003, p. 382). Elle permet de dresser le portrait des « relations fortes entre les items des associations libres (...) et la ressemblance ou la proximité entre les éléments de la représentation. » (p. 382). L'importance et la façon dont les sujets auront traité certains items permettra d'effectuer ces relations de proximité ou de rejet de ces items. Les items seront placés sous forme d'arbre donnant alors l'aspect visuel des relations entre les items.

Wagner *et al* (1999), proposent six différentes méthodes empiriques pour l'étude des représentations sociales. La première méthode utilisée est l'ethnographie pour la compréhension des stades du développement des genres chez les enfants. Les méthodes utilisées ne permettaient pas découvrir les représentations sociales des enfants, car le

principe de cette étude était que les représentations des enfants (les images qu'ils associent avec des jouets par exemple), sont plus facilement observables à partir des choix inconscients qu'ils feront dans le choix d'un jouet plutôt que dans leur discours. L'étude ethnographique met en perspective les éléments du développement des représentations sociales, en particulier chez les enfants.

Dans une autre étude présentée par Wagner *et al* (1999) traitant de la construction de la sphère publique au Brésil, les méthodes utilisées sont le focus group, les entretiens et l'analyse de médias. Dans cette étude, les représentations sont considérées comme un facteur constitutif important de l'espace public et sont également des constructions symboliques qui organisent la réalité sociale et individuelle de chaque individu. En lien avec cette nature reconnue des représentations, cette recherche s'intéresse à la relation entre certains acteurs sociaux et la sphère publique dans la façon dont cette relation va conduire à une représentation de la sphère publique. Il y a donc eu une analyse de contenu des médias de masse (car les médias de masse représentent la sphère publique), des focus group avec différentes catégories d'acteurs sociaux et une analyse du discours des politiciens membres du parlement du Brésil. Cette démarche empirique a conduit à une analyse qualitative et quantitative.

Les autres méthodes présentées dans cette étude ont déjà été expliquées ultérieurement dans le cadre théorique. Afin de conclure sur la partie méthodologique et analytique des représentations sociales, il est important de souligner qu'une démarche empirique ne peut être entreprise à partir d'une seule technique de recueil. Il faut également ajouter que les techniques quantitatives de recueil de données sont largement

utilisées et que l'analyse qualitative est peu utilisée dans le cadre de recherches sur les représentations sociales. Il n'en demeure pas moins que les méthodes d'analyse qualitative comme l'analyse du discours pourraient être fort utiles car tel que nous l'avons mentionné un peu plus haut, les représentations sociales sont véhiculées à travers le discours des individus. Nous pensons donc qu'une technique qualitative de recueil des données et une analyse qualitative s'avèrent des choix méthodologiques justifiés. C'est d'ailleurs ce que nous allons démontrer dans le cadre du prochain chapitre.

Opérationnalisation des Concepts

Le tableau de la page suivante présente une première phase d'opérationnalisation de la théorie des représentations sociales. En recherche qualitative, « la recension des écrits (...) ne vise pas tant l'opérationnalisation des concepts permettant un démarrage de la recherche que la délimitation progressive de l'objet. » (Deslauriers & Kérisit, 1997, p.92).

Cet exercice permet de rendre la théorie intelligible et facilite la mise en lien des principaux concepts, composantes et dimensions. Le cadre théorique retenu fournit davantage d'éléments riches de sens comparativement à ce tableau. Néanmoins, il est important d'ajouter que les indicateurs du concept de représentations sociales émergent de relations de causalité entre les concepts (dans le cadre de ce mémoire, la relation a été effectuée entre les catégories et le modèle résultant de cette mise en lien, nous donne la structure et l'organisation de la représentation). Le concept qui sera d'importance lorsque nous effectuerons l'interprétation des résultats et lors de la discussion, est celui de la communication. Nous pourrions ainsi confronter les principales dimensions communicationnelles identifiées dans la littérature, avec ceux que les participants se représentent (catégories) et vérifier, dans quelle mesure ils construisent ou non l'atteinte du consensus.

Les principales dimensions des représentations sociales nous donnent de précieux renseignements quant à la manière dont les représentations sociales sont constituées cognitivement et socialement. Le tableau de la page suivante présente ces dimensions.

Tableau 1

Opérationnalisation des représentations sociales

Concept	Dimensions du concept	Sous-dimensions	Variables	Indicateurs
Représentations sociales	Processus Structure Modes Médiums	Objectivation Ancrage Cognitive Sociale Comportement habituel Cognition individuelle Communication informelle Communication formelle Mouvements Mots Images visuelles Sons linguistiques	Images mentales (mise en images des notions abstraites) Objets représentés Signification et utilité de l'image mentale Actes de langage Stratégies de communication Contenu des conversations Émergence des représentations sociales à partir du contenu des conversations (manifestation symbolique)	Les représentations sociales émergent de relations de causalité entre concepts (catégories).

Cependant, ces dimensions ne suffisent pas pour nous aider à établir la base sous-jacente, c'est-à-dire les conceptions, que les groupes de participants ont de leur représentation de la communication, façon dont les individus se représentent la communication lors de l'élaboration de plans d'intervention individualisés. Les images ou les représentations ainsi que les conceptions sous-jacentes à celles-ci émergeront à travers le contenu du discours des participants dans l'analyse et l'interprétation selon des indicateurs se rapportant au champ des communications.

Les Conceptions de la Communication

Selon Krone *et al* (1988) il existe quatre principales conceptions de la communication dans lesquelles on peut situer les définitions et les principaux indicateurs qui les composent. Nous présentons pour débiter la conception mécanique, suivi de la conception psychologique, de la conception systémique et pour terminer, la conception symbolique.

La conception mécanique

La conception mécanique de la communication réfère à l'idée que la communication est un processus de transmission. Le locus (lieu) de la communication est le canal. La transmission se fait à travers le canal de l'émetteur au récepteur. Selon Krone *et al* (1987), plusieurs caractéristiques traduisent cette conception. Entre autres, l'attention est portée sur le transport de l'information et sur l'exactitude de cette dernière. Le processus de transmission de l'information est linéaire. De plus, cette conception ne met que très peu, sinon pas, d'emphasis sur celui qui reçoit l'information. Les indicateurs de cette conception sont la transmission, le transfert et la diffusion de l'information. L'orientation de cette conception de la communication est axée sur le contenu ou l'information.

La conception psychologique

La conception psychologique de la communication, contrairement à la conception mécanique, inclut une dimension plus humaine. En ce sens que le récepteur de l'information assure un rôle actif dans l'interprétation du message. Le récepteur filtre et traite l'information. Les indicateurs en sont l'attention portée au récepteur, l'activité du

récepteur et l'ouverture dans le processus. Le locus de la communication dans cette conception se situe dans les filtres conceptuels. L'orientation de cette conception est axée sur la perception (sélective) dans la compréhension du contenu pour assurer une similarité des points de vue entre les communicateurs. C'est cette similarité qui contribue au maintien de la relation.

La conception systémique

La conception systémique de la communication renvoie à l'idée que la communication développe le système. Les principales caractéristiques de cette conception sont de l'ordre non pas de l'information mais du message. Le message (les séquences, fonctions et comportements) circule entre les participants et la notion d'émetteur / récepteur est évacuée. Il y a une interaction avec le système et les relations varient en fonction du contenu des informations. Les indicateurs de cette conception sont la relation, le système, le message, la participation et l'inclusion / adhérence au système. Le locus de la communication se situe dans la relation, tout comme son orientation.

La conception symbolique

La quatrième conception de la communication est de nature symbolique. L'interprétation du message se fait en fonction des valeurs, des croyances et des règles partagées, la communication est interprétative (des signes, symboles et événements). Les indicateurs de cette conception sont la signification, le sens, la création et l'interprétation. Le locus (lieu) se situe dans la signification ou la valeur symbolique du contenu de la convergence (des significations) comme conditions de l'agir ensemble (convergence des actions).

À la lumière des différentes notions théoriques présentées précédemment, nous pouvons formuler maintenant, de façon synthétique, les trois propositions auxquelles nous tenterons de répondre dans cette étude.

La première proposition est à l'effet que les représentations sociales de la communication peuvent être complémentaires à l'intérieur du plan d'intervention. La seconde proposition avance l'idée que malgré la divergence des conceptions sous-jacentes aux représentations sociales de la communication, les groupes impliqués dans le plan peuvent coopérer dans la mesure où les représentations et leurs conceptions ont une orientation commune (co-orientation). Enfin, la troisième proposition suggère que les représentations sociales influencent les interactions entre les participants au plan d'intervention.

Méthode

L'approche de Recherche

Afin de soutenir et de démontrer la cohérence du choix de la méthode qui guide ce mémoire, il est nécessaire de se rappeler la question spécifique telle que nous l'avons élaborée lors de la phase conceptuelle à savoir ; quelles sont les représentations sociales de la communication lors de l'élaboration de plans d'intervention individualisés en déficience physique ?

Selon Gauthier (2003), la question à laquelle nous tenterons de répondre (de type généraliste) s'inscrit dans le domaine exploratoire, car les questions de cette nature « visent des thèmes qui ont été peu analysés et dont le chercheur n'est pas en mesure d'établir un portrait à partir des connaissances existantes » (p.131). Comme le sujet des représentations sociales de la communication est encore inexploré, (quoique le concept de représentations sociales ait été largement étudié, mais jamais en relation avec le concept de communication en tant qu'objet d'une représentation sociale), il s'avère alors justifié d'entreprendre une recherche de nature exploratoire portant sur ce sujet.

Toujours selon Gauthier (2003), la stratégie de preuve qui est la plus appropriée pour ce type de question, est l'approche exploratoire et inductive. Ce dernier propose une stratégie pour la démarche empirique qui se rapporte à l'étude de cas, car elle « permet la description en profondeur et l'enclenchement d'un processus inductif. » (p.131). Notre recherche vise la découverte des représentations sociales de la communication dans un contexte d'intervention, et ce, afin d'apporter des éléments de compréhension. Nous tenterons d'explorer à partir de propositions relatives à la coopération et à partir des images de la communication, la question de comment les individus en interaction en

arrivent à s'entendre et à atteindre un consensus malgré des problèmes de communication possibles vu les différences et l'hétérogénéité des groupes. Nous ne tentons pas de résoudre un problème, nous cherchons plutôt à découvrir la source de ce problème communicationnel par le truchement des représentations sociales. Ces dernières traduisent ces processus inconscients qui mènent les gens à s'imaginer la communication d'une façon plutôt qu'une autre. Ces représentations sociales de la communication seront découvertes par le biais des attentes que les individus ont face au contexte d'échange communicationnel lors de rencontres de plans d'intervention individualisés.

À partir de l'explication précédente et afin de dégager, de façon inductive, les éléments ou les catégories qui sont recherchés dans cette étude, la technique de l'étude de cas est retenue. L'identification des représentations sociales de la communication lors de l'élaboration de plans d'intervention individualisés, nous conduit vers une compréhension de ce phénomène complexe et encore inexploré dans ce contexte précis. Selon Mucchielli (2002), l'utilisation de l'étude de cas est appropriée « si on s'intéresse au comment et au pourquoi des phénomènes se produisant dans une situation, si les chercheurs ont peu de contrôle sur les événements étudiés, et si l'attention est dirigée vers des phénomènes contemporains dans un contexte de vie réel. » (p.78). Il est également opportun de souligner que l'étude de cas, même si le cas choisi demeure très limité en ce qui a trait à la représentativité d'un phénomène plus général, demeure un moyen capital pour construire une explication et échafauder une théorie. (Mucchielli,

(2002). Cette seule capacité permet qu'on puisse ne pas faire de la représentativité un critère primordial.

Selon Gauthier (2003), l'étude de cas se caractérise par « le nombre restreint de situations analysées, la profondeur de l'analyse et l'importance accordée à une démarche inductive » (p. 133) Plus précisément, parmi les trois types d'études de cas proposés par Mucchielli (2002), nous utilisons l'étude de cas multiple pour entreprendre l'étude des représentations sociales de la communication. Cette technique consiste « à identifier des phénomènes récurrents parmi un certain nombre de situations ; après avoir observé et analysé chaque situation pour elle-même, on compare les résultats obtenus pour dégager les processus récurrents. » (Mucchielli, 2002, p.79). Nous avons effectué des entrevues auprès de huit personnes qui participent à des réunions de plans d'intervention afin de découvrir les représentations sociales de la communication chez ces derniers. Nous reviendrons d'ailleurs un peu plus loin sur la description de la population à l'étude et la façon dont nous avons constitué notre échantillon. En terminant, une des critiques à l'égard des études de cas selon Roy (2003), concerne les critères de validité interne et externe. Nous abordons cette question de façon précise à la section suivante.

Les Critères de Validité

Validité interne

La validité interne concerne le rapport cohérent qu'on établit entre des observations empiriques et les interprétations qu'on en déduit. Laperrière (1997), propose une première définition et présente une série de mesures que le chercheur peut adopter relativement à la validité interne dans le cadre d'études qualitatives.

« Les approches qualitatives comptent assurer la justesse et la pertinence du lien entre les interprétations et observations empiriques en restituant au sens sa place centrale dans l'analyse des phénomènes humains, par la prise en considération du rôle de la subjectivité dans l'action humaine et de la complexité des influences qu'elle subit en contexte naturel. » (p. 384).

La première considération en ce qui a trait à la validité interne concerne la prise en compte de la subjectivité humaine. Ce premier critère doit permettre au chercheur;

« (...) la distanciation et l'objectivation de la démarche (...) ou au contraire, l'immersion totale dans une subjectivité indépassable. (...) la prise en compte de la réflexivité de la recherche en sciences humaines et une analyse continue des interactions entre le chercheur et les sujets de l'étude, (...) la confrontation du positionnement subjectif du chercheur et des sujets à un maximum de données objectives et la renonciation au critère d'objectivité. » (Laperrière, 1997, p. 383-385).

Le deuxième critère de validité interne concerne l'observation en milieu naturel. Ce qui est proposé au chercheur, est de donner une définition large du problème pour que ce dernier puisse conserver tout son sens et aussi tout en étant restreint dans sa définition pour en faciliter l'observation en profondeur (nous pourrions penser à un problème bien circonscrit, tout en étant détaillé et présenté de façon exhaustive). De plus, le chercheur doit prendre pour considération l'ensemble des données de nature topologique et ne pas perdre de vue le contexte dans lequel les données ont été recueillies, permettant ainsi de saisir le sens « socio-symbolique des éléments observés » (Laperrière, 1997, p.385). Le chercheur doit s'assurer également de prendre en compte

« (...) la complexité et la relative indétermination des phénomènes sociaux par le choix d'une approche inductive et par l'ouverture du devis de recherche, permettant la formulation d'interprétations diverses (...), et enfin, la prise en compte de l'évolution des phénomènes étudiés par une implication prolongée sur le terrain, (...) permettant l'intégration du changement dans l'analyse. » (Laperrière, 1997, p.385-386).

Le dernier critère de validité interne concerne la concordance entre les observations empiriques et leur interprétation. Ce qui est proposé afin de s'assurer que la démarche s'inscrive à l'intérieur de ce critère;

« (...) confrontation systématique des interprétations à l'ensemble des observations empiriques, à la codification précise, consistante et exhaustive, à la triangulation des observations et perspectives, la reformulation des catégories d'analyse jusqu'à saturation, la vérification de la portée explicative de la théorie, mesurée à sa profondeur et à son exhaustivité interne (approche interprétative) ou à son efficacité dans l'action et enfin, l'adaptabilité de la théorie (...) c'est-à-dire à sa capacité de s'appliquer à d'autres situations, moyennant des modifications mineures. » (Laperrière, 1997, p.386).

Toutes les considérations qui ont été énumérées précédemment sont en même temps des précautions et des propositions faites au chercheur qui désire se tourner vers l'approche qualitative afin qu'il s'assure de la « solidité des résultats de recherche. » (Laperrière, 1997, p.384). Notre démarche empirique a été confrontée à ces propositions afin de répondre adéquatement à ces critères de validité interne.

Validité externe

En ce qui a trait aux critères de validité externe, les avis sont partagés entre deux groupes de chercheurs qualitatifs. Pour le premier groupe de chercheurs qualitatifs, la validité externe consiste en une évaluation de la possibilité de généralisation des résultats. Ce critère exige de la part du chercheur de spécifier précisément les « caractéristiques du contexte et de la population de la recherche originale (...) afin de rendre possible l'identification de situations similaires. » (Laperrière, 1997, p. 387). La dernière exigence à satisfaire, afin de répondre aux critères de validité externe selon ce premier groupe, est la « diversification systématique des sites et des cas couverts par

l'échantillon théorique, en vue d'augmenter le potentiel de généralisation des résultats de recherche. » (Laperrière, 1997, 387).

Le deuxième groupe de chercheurs qualitatifs associe plutôt les critères de validité externe à la

« (...) profondeur et à l'exhaustivité socio-symbolique d'une analyse qui fait qu'elle sera généralisable, indépendamment des caractéristiques de la situation ou de la population de départ (représentativité sémiotique). La seconde proposition conduit vers la considération de la « profondeur des processus sociaux mis à jour (...) au moyen d'un échantillonnage théorique diversifié, qui assure la possibilité de généralisation des résultats, les caractéristiques des situations et des populations de départ n'étant que les supports contingents de ces processus (représentativité « processuelle »). » (Laperrière, 1997, p.387).

La menace qui semble guetter l'étude des représentations sociales de la communication lors de l'élaboration de plans d'intervention individualisés concerne la validité externe et la possibilité de généralisation des résultats. Nous pouvons penser que les résultats de cette étude seront difficilement généralisables étant donné que le milieu choisi, le moment ainsi que la nature du groupe sont des critères uniques. Notre choix s'étant arrêté sur un contexte de regroupement (les plans d'intervention individualisés), à un moment donné (lors de la préparation, la coordination et le suivi de ces derniers), que nous soyons dans l'impossibilité de généraliser les résultats est peu probable. D'entrée de jeu, nous avons pris les précautions afin que nos résultats puissent au moins s'appliquer à des équipes semblables, à composition équivalente et lors d'un contexte équivalent. Or, le contexte d'intervention nous apparaît non pas comme une menace à la généralisation des résultats de la recherche, au contraire, nous pensons que la découverte des représentations sociales de la communication peut plausiblement s'appliquer à toute équipe à composition variée.

Population

Définition de la Population

Pour notre recherche, nous avons choisi des équipes lors de l'élaboration de plans d'intervention individualisés en déficience physique, qui se réunissent pour l'élaboration des ces plans. Ces plans sont d'une durée moyenne de quatre-vingt-dix minutes. Les équipes sont composées de professionnels de tous les domaines comme l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie, la neuropsychologie, le travail social, la psychologie et l'éducation physique. Le client et les proches sont également présents. Cette terminologie s'inscrit directement dans le vocabulaire du Centre de réadaptation InterVal (CRI), principal organisme impliqué et également au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le Centre de réadaptation InterVal (CRI) est un établissement public de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique. Il dessert la population des régions Mauricie et Centre-du-Québec. Ses services spécialisés s'adressent à toute personne (enfant, adolescent, adulte et personne âgée) ayant des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience motrice, visuelle, auditive ou de la parole et du langage.

Le rôle du Centre InterVal est de favoriser le développement, l'autonomie et la participation sociale des personnes ayant une déficience physique. Le développement des aptitudes de la personne, la compensation de ses incapacités résiduelles et la réduction des obstacles physiques et sociaux permettent de diminuer les situations de handicap. (Données tirées du site internet du Centre de réadaptation InterVal).

L'approche et les champs d'intervention reposent sur les actions des équipes de réadaptation axées sur l'autodétermination de la personne par une approche écosystémique. Le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale se réalise dans un contexte de partenariat impliquant la personne, les établissements, les organismes et milieux scolaires et communautaires et les autres ressources du milieu. Le Centre de réadaptation Interval compte près de 300 employés et il dessert annuellement au-delà de 3000 personnes. Il dispose de points de services à Trois-Rivières, à Drummondville, à Victoriaville et à Shawinigan.

La population avec laquelle nous avons réalisé les entrevues est composée de membres du personnel du CRI, ainsi que des membres externes qui oeuvrent au sein des équipes. Comme le choix de notre échantillonnage s'est fait sur une base volontaire, et en aval de l'autorisation et des démarches des instances décisionnelles, l'accès aux équipes s'est avéré limité. Nous avons donc effectué l'étude auprès de la population qui a été préalablement déterminée par l'organisme d'accueil. Le facteur de l'hétérogénéité des équipes à composition variée et la multiplicité des professions et intérêts des individus qui s'y retrouvent ne constituent pas des critères d'exclusion puisque cette composition des équipes est habituelle et c'est ce qui est recherché pour l'étude.

Échantillonnage

Comme il est difficile d'avoir accès à ces rencontres, nous avons constitué notre échantillon à partir de la volonté des membres de ces équipes de prendre part à l'étude puisque la représentativité n'est pas un critère primordial. La notion représentativité de l'échantillon consiste à choisir un échantillon, « dont la taille variera en fonction de l'homogénéité de la population » (Beaud, 2003, p.214), ce qui obligera le chercheur à choisir un échantillon qui sera représentatif de la population à l'étude et dont les résultats pourront être généralisables à son ensemble.

Tel que nous l'avons précisé dans la partie traitant de la population, nous avons agi en aval des démarches qui ont été effectuées, au préalable, par les responsables du CRI, par lesquelles le choix des équipes s'est effectué. Les équipes ont alors été choisies à partir de caractéristiques comme leur caractère hétérogène et selon qu'elles étaient en processus d'élaboration de plans d'intervention individualisés. Nous avons demandé aux personnes prenant part à ces réunions si elles désiraient participer à notre étude. Donc, nous avons agi à partir de leur consentement pour procéder aux entrevues. Enfin, pour les besoins de l'étude, ce qui importait était de choisir des équipes qui correspondaient aux principales caractéristiques énumérées précédemment. Nous avons appuyé notre démarche sur notre entente avec l'organisme principal à qui le mandat de choisir les équipes a été donné. Comme ces contextes d'intervention sont des vases clos, il était donc difficile d'y accéder dans le cadre d'une démarche comme celle que nous avons entreprise.

Collecte des Données

Mode de Collecte des Données

Le mode de collecte des données qui a été utilisé pour notre étude est l'entrevue semi-dirigée;

« (...) une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. (...) sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé. » (Savoy-Zajc, 2003, p.296).

Une remarque importante est apportée par Jodelet (2003) concernant l'entretien comme méthode de collecte de données. Elle souligne que le chercheur doit être habile dans l'utilisation de plusieurs « modes d'approche (...) dans la mesure où l'on veut accéder à l'univers de pensée et aux représentations propres des interviewés, on prendra soin de les mettre à l'aise en les centrant sur leur propre expérience en les faisant partir des aspects concrets (...) » (p.156). Pour l'étude, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées à l'aide d'une grille d'entretien que nous avons construit. (cf. Appendice B, p. 191)

Déroulement des Entretiens

Pour procéder à la collecte des données, nous avons effectué une partie des entrevues avant les rencontres et l'autre segment de l'entrevue après la rencontre du plan d'intervention. Nous justifions ce choix car selon les processus de formation des représentations sociales, l'objectivation et l'ancrage, les représentations sociales sont d'abord formées par un premier processus cognitif individuel (l'objectivation), et suivi d'un second processus qui permet d'intégrer l'image du processus individuel et de

l'implanter dans une réalité sociale. Pour notre étude, les participants aux réunions ont à priori des représentations précises quant à la communication (processus individuel relevant de l'objectivation). Ces représentations prennent alors un autre sens puisqu'elles sont confrontées à un lieu social et implantées dans ce dernier (processus social relevant de l'ancrage). Ces représentations sont formulées à travers le discours des individus et se concrétisent au cours des contacts qu'elles auront avec l'univers social (en l'occurrence le groupe). Ce que nous avons réalisé ne consiste pas en une étude comparative des données que nous avons récoltées en deux temps, mais nous avons plutôt voulu prendre en compte les deux processus de formation des représentations sociales. Ce que nous avons évalué avant la rencontre consiste en une première phase verbale des attentes face à la communication dans la rencontre de plans d'intervention. Par la suite, nous avons demandé aux mêmes personnes de nous parler de l'expérience communicationnelle qu'elles avaient vécue lors de la réunion à laquelle elles ont participé afin de voir à quel niveau le processus d'ancrage s'effectue et de quelle façon cela se reflète à travers l'expérience.

Au total nous avons effectué huit entrevues. Ces entrevues se sont déroulées sur une période de quatre semaines. La majorité soit cinq des huit entrevues ont été réalisées au Centre de réadaptation InterVal. Les autres ont été réalisées sur le lieu de travail des personnes. Ces personnes étaient des parents qui prennent part ou qui ont déjà pris part aux plans d'intervention individualisés. Parmi les professionnels qui ont participé à l'étude, il y a deux coordonnateurs cliniques, un ergothérapeute, deux physiothérapeutes et un neuropsychologue. Les entrevues réalisées avaient une durée moyenne de 35

minutes chacune. Nous avons également assisté à deux rencontres de plans d'intervention individualisés. Pour l'analyse et pour les objectifs de l'étude, ces rencontres n'ont été utilisées qu'à titre de référence.

Considérations Éthiques

Comme le rappellent plusieurs auteurs (Crête, 2003 Deslauriers, 1991 & Deslauriers & Kérisit, 1997), les considérations éthiques en recherche qualitative, surtout au niveau de la collecte des données, sont un ensemble de précautions, de responsabilités et de règles de conduite que le chercheur doit s'assurer de respecter. Afin de s'assurer du respect de ses règles éthiques, nous avons identifié une liste de mesures susceptibles de contribuer, selon ces exigences au bon déroulement de la recherche.

Une première étape a consisté à rendre compréhensibles et disponibles aux participants les objectifs poursuivis dans le cadre de la démarche. Ensuite, lors d'entrevues que nous avons menées, nous nous sommes assurés du respect de la confidentialité des participants. Nous avons fait signer un formulaire de consentement libre et éclairé, nous permettant ainsi l'utilisation des entrevues et la transcription de ces dernières. Nous avons garanti que nous ne conserverions en aucun cas des données de nature nominale qui pourrait mener à l'identification d'un des participants à la recherche. Nous avons également pris l'engagement envers les participants de détruire tous les enregistrements des entrevues. Nous nous sommes assurés de préserver ce droit à l'anonymat et à la confidentialité des participants par le consentement éclairé de chacun d'eux, ce qui exige qu'un suivi rigoureux soit effectué à chacune des étapes de la démarche empirique. Enfin, la démarche de recherche qui a été menée concordait avec les principes du Code d'éthique du Centre de réadaptation InterVal et les principales valeurs qui le guident.

Résultats

Démarche D'analyse

Dans le cadre de ce mémoire, nous utilisons l'analyse qualitative de contenu par théorisation (Mucchielli, 2002) dans laquelle nous interprétons des énoncées recueillies lors d'entretiens que nous avons réalisés avec les participants. Cette méthode d'analyse vise à « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives. » (Mucchielli, 2002, p.184). L'objectif est d'accéder au sens que les participants donnent à leurs expériences de communication dans le cadre du plan d'intervention. Le processus d'induction analytique suppose que la démarche de collecte et d'analyse des données conduira à une explication universelle du phénomène étudié. Également sous le nom d'analyse par théorisation ancrée, cette méthode propose un mode d'analyse qui oblige le chercheur à effectuer une comparaison « constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence » (Paillé, 1994, p.150). En effet, cette méthode d'analyse effectue une mise en lien constante entre les différentes étapes de l'analyse et la démarche empirique.

À cet effet, la particularité de cette méthode, contrairement à une analyse de contenu, réside dans la « simultanéité de la collecte et de l'analyse » (Paillé, 1994, p.152). Cela signifie dans le cadre de la recherche que nous avons effectuée, qu'une première série d'entrevues a été réalisée et qu'à chacune d'elle, le guide d'entretien utilisé s'est vu ajusté en fonction de l'interprétation de la réalité des personnes interrogées et du milieu dans lequel elles évoluent. Une deuxième série d'entrevues a été réalisée lors de l'étape de la codification (qui est la première étape de la méthode d'analyse retenue). Cela nous a permis l'utilisation d'un guide d'entrevue plus riche, ce dernier intégrant les codes émergents du corpus de données d'entrevues.

La méthode d'analyse de contenu par théorisation se divise en six étapes. La première étape est la codification. La codification sert à rassembler l'ensemble des mots de chaque entrevue permettant ainsi de découvrir l'essentiel de ce qui a été exprimé par la personne interrogée. Pour cette étape, chacune des huit entrevues qui ont été réalisées a été codifiée à partir de la question « de quoi est-il question ». À cette question, nous avons récupéré des extraits des entrevues (*cf.* Appendice C, p.194). Cette question a été posée à tous les énoncés du corpus. La réponse à cette question nous a menés vers le sens des mots exprimés par la personne et nous a également conduit vers la constitution d'un ensemble de codes. Ces codes sont préalables pour l'étape suivante qui est la catégorisation.

La deuxième étape consiste en la catégorisation. Cette opération vise l'organisation des idées précédemment notées dans l'étape de la codification en un concept plus large et plus abstrait. Pour cette étape, la question « je suis en face de quel phénomène » a été posée pour l'ensemble du corpus des entrevues. À cette réponse, nous avons pu constituer des catégories abstraites qui englobent l'ensemble des codes émergents de l'étape précédente. Ces catégories nous ont menés vers la constitution de figures incluant la catégorie centrale et toutes les sous-catégories se rapportant à cette dernière. Nous retrouvons les catégories en appendice c de ce mémoire et les figures sont présentées dans le chapitre qui présente les résultats de la recherche.

La troisième étape de l'analyse est la mise en relation des catégories. Elle nous permet de nous faire une idée de la structure de la représentation sociale. Les catégories émergentes de l'étape précédente ont été confrontées et organisées avec les autres de

façon à les mettre en lien. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons illustré cette étape à l'aide de figure que nous retrouvons un peu plus bas. Ces figures illustrent l'ensemble de sous-catégories qui s'articulent autour de la catégorie centrale. Ces figures servent d'assise pour l'interprétation des données.

La quatrième étape du processus d'analyse est l'intégration. Cette opération vise l'intégration de l'analyse déjà effectuée lors des étapes subséquentes pour les resituer à travers le problème de la recherche. Cette opération a été réalisée lors de l'interprétation des données. Nous avons repris l'objectif de départ et les principales propositions pour les resituer à travers les résultats de l'analyse.

La cinquième opération est la modélisation. Cela consiste à « reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant le phénomène principal cerné au terme de l'opération d'intégration. » (Mucchielli, 2002, p.189). Pour cette étape, nous avons produit un tableau synthèse des principales représentations sociales de la communication en fonction du moment (interventions individualisées, discussions cliniques et plan d'intervention) et du rôle de chacun (intervenants, coordonnateur clinique et parent).

La dernière opération est celle de la théorisation. La théorisation consiste à articuler les structures et les modèles de représentations des différents groupes de façon à obtenir une trame cohérente du déroulement de l'événement à partir du prisme de la communication. Nous avons procédé à cette opération dans le chapitre de la discussion.

Afin de nous aider à constituer ce corpus de données et d'analyse, nous avons utilisé le logiciel de traitement de texte « Word » pour organiser les données de transcription

des entrevues. Ce logiciel de traitement de texte nous a permis d'effectuer les regroupements souhaités et a permis également la réalisation de tableaux synthèses. Il a aussi permis, de par ses outils de production de schéma, l'organisation structurée et la mise en lien des catégories émergentes autour de la catégorie centrale de chaque groupe.

La structure de ce chapitre se divise ainsi : nous présentons en premier lieu les résultats de l'étape de la codification. Cette étape est illustrée par une synthèse des principaux codes qui ont émergé des entrevues. Cela nous conduit ensuite vers la démarche de catégorisation qui nous a mené à l'émergence de catégories. Pour cette étape, nous présentons les tableaux des codes et des catégories s'y rapportant. La troisième démarche d'analyse consiste en la mise en relation des catégories précédemment définies. Cette troisième étape est illustrée par des figures. L'ensemble de cette démarche est effectué pour chaque groupe qui a participé à l'étude.

Codes Émergents de L'étape de la Codification.

Pour la première étape de l'analyse, nous avons procédé à la « reformulation authentique de la réalité vécue et manifestée ou exprimée. » (Mucchielli, 2002, p.186) par le procédé de codification. Ce procédé consiste en une analyse de premier niveau du corpus des entrevues. Ce premier niveau d'analyse consiste à résumer l'essentiel d'un énoncé ou d'un groupe d'éléments par un mot ou un groupe de mots exprimant et résumant l'essentiel de l'idée ou des idées exprimées par les personnes interrogées.

La structure de cette section se divise ainsi : nous présentons les principaux codes émergents de l'étape de codification de l'ensemble des entrevues, rassemblés par groupes. Nous avons divisé et structuré les données du corpus de chaque groupe selon le moment dans le processus de réadaptation, c'est-à-dire, rencontres individualisées entre intervenants et le client, les discussions cliniques et le plan d'intervention.

Le premier groupe est constitué de quatre intervenants; un ergothérapeute, deux physiothérapeutes et un neuropsychologue. Le deuxième ensemble est composé de deux coordonnateurs cliniques (animateur dans le plan d'intervention) et pour terminer, le troisième groupe est constitué des parents.

Résultats de la Codification du Discours des Intervenants

Pour débiter, nous présentons un tableau synthèse des principaux codes en fonction de chacun des moments dans le processus de réadaptation. Nous revenons ensuite sur les codes du tableau pour les commenter plus en détails.

Tableau 2

Mise en lien des codes en fonction des moments pour les intervenants

Moments	Codes
Interventions individualisées	Suivi, expérience avec le client, proximité avec le client
Discussions cliniques	Consensus, liens disciplinaires, clarté, bilan, transfert d'informations, moment préparatoire, épuration des opinions, accessibilité des informations cliniques
Plan d'intervention	Le travail d'équipe, le bilan, la participation du client et du parent, l'information, le respect disciplinaire, le climat de travail, le rôle de l'animateur, les attentes communicationnelles

Lors des interventions individualisées

Le premier moment identifié dans le processus de réadaptation est celui des interventions individualisées. À ce moment, le client est seul avec l'intervenant.

Le suivi. Il se fait de façon continue avec le parent et est teinté par la proximité des parties impliquées; « on fait pas ça aveuglément sans le client c'est parce qu'on le suit assez régulièrement on sait lui il nous parle de ce qui veut et de ce qui veut pas et tout ça » (Neuropsychologue, p. 3-4). Les rencontres individuelles servent aux

intervenants afin d'aller chercher l'information du client et du parent; « *chacun est allé essayer de tendre la perche au client ou d'essayer de vérifier des informations auparavant* » (Physiothérapeute 2, p.5).

Expérience avec le client. Autour du moment de l'intervention, il y a la notion de l'expérience individuelle que chaque intervenant vit avec le client. Cette expérience peut être utilisée lors des plans d'intervention afin de bonifier l'échange d'informations; « *c'est sûr qu'on a une expérience qu'on vit avec le client pis eh on peut on peut le mentionner lors du plan* » (Physiothérapeute 1, p.16).

Proximité avec le client. Les intervenants, à ce moment du processus de réadaptation, vivent avec le client et le parent une relation de proximité « *j'ai comme l'impression que je connais beaucoup le client pis eh j'peux plus facilement me prononcer* » (Physiothérapeute 1, p.16).

Lors des discussions cliniques

Les discussions cliniques facilitent grandement le déroulement du plan d'intervention car c'est à ce moment que les intervenants se réunissent pour échanger par rapport aux interventions individualisées et sur l'avancement de la réadaptation.

Consensus. Les intervenants réfèrent aux discussions cliniques comme étant nécessaires pour une cohésion d'équipe et pour l'atteinte d'un consensus « *Ça s'assure qu'on ait toutes les mêmes opinions (...) il faut une certaine cohésion de l'équipe (...)* » (Ergothérapeute, p. 3).

Liens disciplinaires. Les liens entre les disciplines et les intervenants se font à ce moment « *un premier lien entre les intervenants pour avoir la même compréhension des phénomènes la même compréhension des problématiques* » (Physiothérapeute 2, p.3).

Clarté. C'est également un lieu de clarification afin de rendre le contenu des informations cliniques intelligible et compréhensible par tous « *être capable de les formuler aussi d'une façon qui est plus compréhensible qui est plus accessible pour les différents types intervenants donc qui risque s'être plus accessible pour le client* » (Physiothérapeute 2, p.3). Les discussions cliniques sont aussi un lieu où les perceptions des intervenants sont échangées et explicitées « *c'est comme un premier déblayage selon nos perceptions de professionnels et on rajoute après ça au pi la perception du client* » (Physiothérapeute 2, p.3).

Bilan. Une des fonctions de la discussion clinique est d'effectuer le bilan du processus de réadaptation dans toutes les disciplines ; « *qu'on s'parle où s'qu'on s'enligne qu'est-ce qu'on fait qui fait quoi qu'est-ce qu'on projette dans le futur aussi pis nous la répartir* » (Ergothérapeute, p. 4).

Transfert d'information. Lors des discussions cliniques, les intervenants font part de ce qu'ils vont apporter comme information clinique au plan, ce qui assure une cohérence et une structure aux informations lorsque les intervenants se retrouvent devant le client et son représentant. Toutes les ambiguïtés disciplinaires sont évacuées et traitées avant d'entrer dans les plans d'intervention; « *Chaque discipline prend son fort (.) dans la (.) j pense d'où l'importance des rencontres informelles aussi pour se transférer ces informations* » (Physiothérapeute 1, p.17).

Lors du plan d'intervention

Le plan d'intervention est le lieu formel où se rencontrent le coordonnateur clinique (animateur), l'ensemble des intervenants au dossier, le client et un parent ou un proche pour l'établissement d'objectifs de réadaptation, le suivi (processus de révision) et l'évaluation de ces derniers. Le plan d'intervention est le moment formel dans lequel le client et le parent sont les acteurs principaux.

Le travail d'équipe. Pour les intervenants, le plan d'intervention correspond tout d'abord à un travail d'équipe. Selon l'ergothérapeute, ce moment « *c'est où on se rencontre en équipe avec le client puis les proches du client que ce soit des parents des enfants conjoints* » (Ergothérapeute, p. 2). De plus, pour les intervenants, le travail qui est effectué lors des plans d'intervention permet au client et au parent de « *voir les liens entre le travail qui se fait parce qu'on parle en équipe puis on fait les liens entre les différentes disciplines* » (Ergothérapeute, p. 6). Des efforts sont déployés par les intervenants afin de présenter le plan d'intervention comme étant un moment privilégié pour le travail d'équipe puisque l'ensemble des intervenants au dossier assiste et que la participation de tous est sollicitée et importante.

Toujours se rapportant à la notion d'équipe, la cohésion est un concept important pour l'ensemble des intervenants. À cet effet, l'ergothérapeute explique; « *il ((client)) ne voit nécessairement pas les différentes opinions il voit juste que l'équipe pense ça pour lui c'est une cohésion je pense* » (Ergothérapeute, p. 9). Également, le fait que le client et le parent perçoivent la cohésion de l'équipe et de ses membres est rassurant; « *devant le client c'est parce qu'il faut une certaine cohésion de l'équipe* » (Ergothérapeute, p. 3).

La cohésion à ce niveau réfère au fait que les membres de l'équipe s'entendent sur les objectifs et pour la poursuite d'un but commun. D'ailleurs, les questions se rapportant au contenu du plan ont déjà été épurées dans le cadre de la discussion clinique; « *on a déjà réglé nos conflits ou fait les consensus avant donc on arrive au plan pis il y a une certaine cohésion d'équipe* » (Ergothérapeute, p. 9).

Pour le physiothérapeute numéro deux, un plan d'intervention consiste «*à une concertation c'est un peu comme un contrat qu'on se donne à ce moment* » (p.1). Le travail qui est effectué lors de ces rencontres formelles sert au partage et à la mise en commun de l'ensemble des expertises et ce, afin de planifier les objectifs de réadaptation.

Le bilan. Le deuxième code qui ressort du corpus des entrevues réalisées avec les intervenants est le bilan. En effet, le plan d'intervention est le moment dans le processus de réadaptation où est effectué le bilan du processus et des objectifs. Pour la neuropsychologue, il s'agit d'un temps « *pour faire le point où est-ce qu'on en est rendu dans la réadaptation pour voir vers quoi on s'en va donc les objectifs vers quoi on s'enligne un peu pour l'échéance donnée* » (p.2). C'est également le moment pour les intervenants de faire un retour par rapport au processus de réadaptation, mais également sur les opinions, satisfaisantes ou non, de toutes les parties présentes ; « *on fait un retour sur les opinions professionnelles des différents intervenants commentaires satisfactions insatisfactions même chose pour le point de vue du client ses impressions* » (Ergothérapeute, p. 2).

La participation du client et du parent. Dans les plans d'intervention, les intervenants apprécient lorsque la discussion est directement orientée vers le client et le parent, ce qui fait en sorte que ces derniers participent de façon plus ou moins active à l'échange. La participation du client et du parent est centrale pour les intervenants. Un des premiers points qui a été souligné en regard à la participation du client et de la personne l'accompagnant concerne l'importance de leur collaboration pour l'atteinte de résultats; « *si on veut avoir une collaboration si on veut avoir des résultats il faut que ça passe par les parents de toute façon il faut qu'il se sente eh faire partie des interventions qui vont être faites* » (Neuropsychologue, p. 5).

La participation du client et du parent eut égard à l'importance de s'exprimer et de connaître leur opinion est soulignée par l'ergothérapeute; « *J'trouve ça le fun d'aller chercher l'opinion du client pis du conjoint (...) j'trouve ça super important c'est une partie que j'aime quand on va chercher quand le client y s'exprime* » (Ergothérapeute, p. 6).

Le plan d'intervention est également le moment pour le client et le parent de faire part de leur questionnement relativement à la réadaptation; « *les parents ont beaucoup de questions ont souvent le carnet avec les questions écrites d'avance pis ont plus de préoccupations sur l'avenir plus de* » (Physiothérapeute 1, p.9).

De plus, pour l'autre physiothérapeute rencontré, la participation du client et du parent signifie que ces derniers occupent une place significative et que leurs propos sont tout aussi pertinents que ceux de l'ensemble des intervenants et professionnels prenant part au plan d'intervention, d'où l'importance de leur laisser cet espace; « *de leur laisser une*

place justement de prendre en considération les propos qu'eux autres amènent » (Physiothérapeute 2, p. 3).

L'information. Les échanges dans le plan d'intervention reposent sur le transfert d'informations cliniques. Ces informations cliniques sont en lien avec l'évolution des interventions selon la discipline de laquelle elles découlent. Les intervenants s'attendent à ce que tout soit clair et que l'information clinique par rapport aux objectifs s'y rapportant soit discutée lors du plan.

L'information dans toutes ses formes et les énoncés se rapportant à celle-ci constituent un élément prédominant chez les intervenants. En effet, il y a tout d'abord l'ouverture. Pour les intervenants, cela signifie qu' *« il y a une ouverture de part et d'autre pour venir mettre sur la table toutes les informations »* (Physiothérapeute 2, p.10). C'est donc dans un processus ouvert que le plan d'intervention se déroule; *« un projet de pi qui est ouvert et qui les incluent eux autres dans ce sens là on est pas dans un processus fermé on est dans un processus ouvert et ça se passe au moment présent »* (Physiothérapeute 2, p. 3).

Les intervenants remarquent la rapidité avec laquelle les informations et les contenus circulent lorsqu'il y a une bonne planification. À cet effet, comme les questions ont été abordées lors des rencontres d'intervention et lors des discussions cliniques, l'information est déjà connue ce qui assure une certaine rapidité pour l'exécution du plan; *« on a toute l'information ça fait que le plan d'intervention se déroule plus rapidement »* (Ergothérapeute, p. 3). Pour le physiothérapeute numéro deux, le plan d'intervention est un moment privilégié pour la discussion avec le client et le parent;

« c'est rentable de prendre ce temps-là en discussion avec le client pour bien éclaircir les choses c'est du temps qu'on gagne après » (p.4).

Le transfert d'informations cliniques entre intervenants permet de connecter les différentes disciplines et assure une continuité entre les interventions; *« l'importance des rencontres de plans d'intervention et les rencontres informelles aussi pour se transférer ces informations pis pour se préparer à passer le flambeau aussi même si on laisse pas complètement on transfère une majeure de l'intervention »* (Physiothérapeute 1, p. 17).

La clarté de l'information est un élément qui a été souligné de plusieurs façons par les intervenants. Il y a deux niveaux lorsque les intervenants parlent de clarté dans les informations. Il s'agit, pour ces derniers, d'être suffisamment clairs afin de donner une information précise; *« il faut être suffisamment précis pour que le message soit clair »* (Physiothérapeute 2, p.7-8). Le deuxième niveau concerne le processus de validation par lequel les intervenants peuvent s'assurer de la compréhension et la réception de l'information donnée; *« s'assurer de la de ce qu'on dit est bien reçu comme information est bien comprise »* (Physiothérapeute 2, p.3).

Le respect disciplinaire. Une autre dimension des plans d'intervention qui a été abordée lors des entrevues est celle qui a trait au concept de disciplinarité. En effet, la notion de complémentarité des différentes disciplines à l'intérieur du plan semble essentielle pour la plupart des intervenants rencontrés. Autant le travail d'équipe est important, autant le respect entre intervenants l'est également; *« chaque personne sait eh dans quel dans quel domaine elle joue son rôle dans la réunion j pense que les gens*

« règle générale les gens se prononcent un peu plus dans ce qui les regarde »

(Physiothérapeute 1, p.5).

La notion de respect entre les intervenants eut égard à leur discipline est un élément qui a été soulevé par les intervenants. Cela signifie que chaque intervenant doit prendre la parole (en situation de plan d'intervention) seulement si cela interpelle son champ de compétences et son domaine d'expertise et doit accepter que d'autres intervenants se prononcent sur certains aspects de la réadaptation; *« on doit accepter qu'il y a certains volets certains aspects qui sont plus élaborés ou expliqués par d'autres d'autres personnes »* (Physiothérapeute 1, p.3).

L'ergothérapeute souligne qu'au Centre de réadaptation InterVal, la notion de respect des disciplines et de la place que chacune d'entre elles occupe est établie et que cette règle s'applique dans le cadre des plans d'intervention même si cette dernière ne figure à aucun endroit dans les politiques et procédures;

« l'avantage des discussions ici c'est que tout le monde respecte les autres professionnels il n'y a pas une profession qui est mieux qu'une autre même par les employeurs il n'y a pas une profession qui est mise sur un piédestal on est tous égal pis on est tous importants pis si on est tous dans le dossier (...) on a tous des spécialités différentes pis tout le monde les respecte (...) le respect des différentes personnes qui travaillent auprès du client la reconnaissance aussi (...) c'est vraiment le respect et la reconnaissance » (Ergothérapeute, p. 19-20).

Pour parvenir à l'établissement de cette règle, les intervenants conviennent préalablement sur ce qui va être discuté devant le client et la personne l'accompagnant. Les intervenants acceptent ainsi que les autres intervenants se prononcent sur certains aspects cliniques puisque cela a été déterminé préalablement lors des discussions cliniques. Cela consiste également pour le physiothérapeute numéro un à se « *contenter de son rôle dans l'équipe* » (p.8).

Le climat de travail. Le climat de travail est important pour les intervenants. Le respect est un des premiers éléments qui est souligné. Le respect est souligné comme étant basé sur des conditions de relation et de conjoncture personnelle et à la base même pour la réalisation d'un plan d'intervention

« (...) si on veut en venir à une entente sur des choses pratico-pratiques dans le cadre du pi il y a un minimum de conditions au niveau de la relation qu'il faut assurer et donc particulièrement le respect (...) pour moi le respect rentre là-dedans et les conditions rentrent là-dedans ça prend de l'ouverture ça prend de la souplesse mais il y a des conditions minimales comme le respect (...) (Physiothérapeute 2, p.6, 10).

Pour les intervenants, la communication dans les plans doit être minimalement basée sur des conditions afin d'en arriver à une discussion qui permettra l'atteinte des objectifs. Ces conditions sont, l'ouverture et la souplesse; « *il y a une ouverture de part et d'autre pour venir mettre sur la table toutes les informations même les opinions des gens alors à ce moment-là on touche les valeurs les croyances des gens ça à ce moment-là en tout cas (...) c'est de favoriser un climat un climat favorable à l'échange à l'ouverture et à la confiance* » (Physiothérapeute 2, p.10). En plus de l'ouverture et la souplesse, l'écoute est également à la base des échanges entre les intervenants et avec le client et le parent; « *en travail d'équipe ça on doit s'écouter (...) « c'est d'écouter ce*

que le client désire aussi il faut être à l'écoute des besoins du client du désir du client »

(Physiothérapeute 1, p. 3).

Le rôle de l'animateur (selon les intervenant). L'animateur agit à titre de médiateur et assure une gestion des échanges et de l'information qui est donnée au client; « c'est la coordonnatrice qui nous dirige la question de toute façon pis la façon qu'elle le dirige c'est approprié (...) l'animatrice effectivement joue un rôle important pour vraiment diriger ces questions là » (Physiothérapeute 1, p.6).

L'animateur agit comme pivot dans la rencontre en ce sens qu'il effectue le lien entre les disciplines mais aussi avec le client et le parent; *« elle connaît toutes les opinions des intervenants elle sait ce qui se passe dans toutes les disciplines pis souvent c'est elle qui fait le lien entre nous et la famille »* (Ergothérapeute, p. 10). Il assure également une fonction de recadrage au niveau des interactions et des échanges; *« elle va aller chercher les outils qu'elle a de besoin au niveau des différents professionnels facque elle va aller CADRER »* (Ergothérapeute, p. 10).

Lorsque nous avons assisté à un plan d'intervention, nous avons pu constater que l'animateur dirige toute la discussion vers le client et le parent. Dès le départ, la structure de la réunion est organisée de telle sorte que l'animateur fait un survol du dossier et ensuite, interpelle le client et son représentant afin qu'ils se prononcent sur l'évolution de la réadaptation. Ensuite, à tour de rôle, les intervenants interviennent pour présenter les éléments d'évolution de la réadaptation. Les intervenants apprécient d'ailleurs cette façon de procéder car ils ont l'impression que le client est une partie prenante de leur propre processus de réadaptation puisque, d'après eux, il y participe; *« on essaie de*

mettre le client ou le représentant du client au centre de la discussion ce qui fait que le plus souvent l'animateur qui va diriger la discussion va le plus souvent la diriger vers le client » (Physiothérapeute 2, p.2).

Les attentes communicationnelles. Il y a deux niveaux en ce qui a trait aux attentes communicationnelles. En premier lieu, pour les intervenants, il s'agit de la justesse (fidélité) de l'information « *il y a une portion d'information nous autres en tant que professionnels il faut s'assurer de faire un bon compte rendu des informations qui ont été colligées (...) s'assurer que ces informations-là sont bien comprises »* (Physiothérapeute 2, p.11). Dans un deuxième temps, les attentes concernant la qualité de la relation; que tous s'expriment, que le respect soit présent dans les échanges, que la communication soit franche et qu'il y ait une ouverture dans le discours des intervenants;

« que le monde dise ce qu'il pense de façon modérée si on veut avec considération avec respect face aux autres intervenants c'est important que les gens s'expriment (...)je m'attends à ce que les gens le disent surtout qu'on s'en est parlé avant pis je m'attends que les gens s'impliquent pour dire ce qu'ils ont à dire (...)c'est important j pense que tout le monde s'implique activement pis qu'ils disent leur opinion qu'ils disent ce qu'il ont à dire et qu'ils fassent preuve de respect et de délicatesse » (Ergothérapeute, p.15-16).

Il y a également la dimension de la participation active du client et du parent qui fait partie des attentes; « *que le client est vraiment partie prenante de toutes les étapes de ce plan là parce que pour réaliser une intervention après il faut vraiment que le client s'engage à y participer sans ça on peut pas runner ça tout seul sur notre bord »* (Physiothérapeute 2, p.11).

Une autre attente communicationnelle qui a été formulée concerne l'information. Les dimensions de l'information sont la clarification; « *J'ai des attentes beaucoup moi de clarification de mise au point mais DE CLARIFICATION* » (Neuropsychologue, p. 9). De plus, les intervenants s'attendent à ce qu'il y ait une constance dans l'information; « *que ce qui a été dit dans le fond dans les rencontres pré pré-plan d'intervention que ça soit les mêmes choses qui soient dites* » (Neuropsychologue, p. 9). Enfin, les intervenants s'attendent à ce que le travail accompli converge dans la poursuite d'un but commun; « *aussi que ce soit unifié dans un même but que les personnes aient la même vision de d'un plan des objectifs de ce qui s'en vient* » (Neuropsychologue, p. 9).

Résultats de la Codification du Discours des Coordonnateurs Cliniques

Tableau 3

Mise en lien des codes en fonction des moments pour les coordonnateurs cliniques

Moments	Codes
Interventions individualisées	Relation de proximité, informations connues
Discussions cliniques	Consensus, communication franche, communication planifiée, formulation des objectifs
Plan d'intervention	L'équipe, l'animation dans les plans d'intervention, clarté dans les propos, l'ouverture et la souplesse, la participation du client et du parent, le climat, attentes communicationnelles

Lors des interventions individualisées

Lors de ces rencontres, les coordonnateurs cliniques ne sont pas présents. Cependant, d'un point de vue communicationnel, même si les coordonnateurs cliniques n'assistent pas à toutes les interventions entre les intervenants et le client, le suivi aux parents est assuré par ces derniers.

Relation de proximité. Lors de ces moments, le coordonnateur clinique développe une certaine relation de proximité avec le client et les parents; « *moins de distance effectivement ils savent que je les connais ils sont rassurés sur eh parce que de façon informelle ils vont me passer me présenter beaucoup leurs préoccupations leurs questionnements leurs craintes leurs doutes* » (Coordonnateur 1, p.17).

Informations connues. Les rencontres individuelles représentent un moment dans lequel les intervenants et le client vont échanger sur les objectifs de réadaptation, ce qui les prépare pour le plan d'intervention; « *les intervenants ont déjà discuté avec les clients de leurs objectifs parce que c'est pas facile arriver carrément aux rencontres en demandant aux gens leurs attentes qu'est-ce qui avait eux comme objectifs* » (Coordonnateur 2, p.17).

Lors des discussions cliniques

Consensus. Pour les coordonnateurs cliniques, les discussions cliniques sont un lieu servant à obtenir le consensus et « *s'il y a des consensus à obtenir qu'on a pas* » (coordonnateur 1, p.4) entre les intervenants et également un lieu préparatoire au plan d'intervention; « *(...) préparer le terrain je te dirais (...) il faut qu'on ait dégagé les grandes pistes mais tout en se disant que la décision finale se fait dans le plan* » (Coordonnateur 1, p.5).

Communication franche. Il s'agit également d'un « *premier tour d'horizon avant d'entrer en pi. Il y a échange de tout* » (Coordonnateur 2, p.2). La communication entre les intervenants est directe et franche; « *s'il y a des discussions un petit peu viriles à avoir ben on les fait là plus là plutôt qu'au plan d'intervention* » (Coordonnateur 1, p.4).

Communication planifiée. La discussion va préparer les plans d'intervention au niveau de l'équipe, mais également en regard avec l'information qui sera donnée aux parents au moment du plan d'intervention; « *il faut qu'on ait une idée claire en tant qu'équipe faut savoir qu'est-ce qu'on décide qui va se dire à l'intérieur du plan en terme de pronostic* » (Coordonnateur 2, p.17).

Formulation des objectifs. C'est à ce moment que les premiers objectifs de la réadaptation sont formulés; « *on peut formuler formuler des objectifs qui viennent du client parce que l'échange a été fait à ce niveau là* » (Coordonnateur 2, p.17).

Lors du plan d'intervention

Tout comme nous l'avons fait pour les intervenants, le corpus d'entrevue des coordonnateurs cliniques a été découpé par code. À ces codes, nous avons associé des énoncés puisés dans les entrevues. Voici donc les résultats de cette opération d'analyse.

L'équipe. Pour les coordonnateurs cliniques, il est important que les intervenants travaillent en équipe; « *je trouve ça riche aussi je trouve ça ben riche moi travailler en équipe* » (Coordonnateur 1, p.16). Il est également important qu'il y ait une cohésion d'équipe ce qui facilite le déroulement du plan; « *ça coule tout seul puis quand on sent que la cohésion d'équipe aussi est bonne il y a des fois où ça va tout seul* » (Coordonnateur 2, p.8).

L'animation dans les plans d'intervention. Les coordonnateurs cliniques assurent la fonction d'animation dans les plans d'intervention. La dynamique de l'animation est articulée autour des besoins du client et de la personne accompagnant ce dernier. L'entrée en matière de la rencontre place le client et le parent au centre de la discussion; « *(...) j'essaie toujours de leur ((client et parent)) présenter la rencontre comme étant un lieu d'échange où on va partager ensemble bon eux leurs préoccupations ce que les intervenants ont ciblé dans leurs évaluations* » (Coordonnateur clinique 2, p.3). Une autre des fonctions de l'animateur est d'effectuer le recadrage; « *on peut aussi donner des informations du recadrage* » (Coordonnateur 1, p.10).

Clarté dans les propos. Il y a un effort constant de la part de l'animateur pour « *que l'information soit claire* » (Coordonnateur 1, p.4). De plus, les animateurs « *s'assurent que le message que l'information soit claire ((pour les parents))* » (Coordonnateur 1, p.4). À ce niveau, une des fonctions de l'animateur est de s'assurer de la compréhension du client tant au niveau de sa compréhension globale qu'au niveau de l'accessibilité du langage. En plus de l'intégrer dans la rencontre et de solliciter sa participation, l'animateur valide les informations reçues en questionnant ce dernier sur son niveau de compréhension quant au contenu des plans;

« (...) au cours de la rencontre j'essaie d'être vigilante quant au langage utilisé bien que les intervenants font bien attention mais des fois on part dans notre langage professionnel puis j'essaie de regarder en même temps si c'est bien saisi pour revenir vers eux bon qu'est-ce que vous en comprenez (...) et après ça essayer de les garder de les ramener à l'intérieur de la rencontre » (Coordonnateur clinique 2, p.4)

La clarté est également illustrée dans l'utilisation d'un langage compris de tous et dans la capacité de vulgarisation de l'information clinique;

« (...) la clarté d'être bien structuré dans leur pensée ((intervenants)) d'être clair dans ce qu'ils ont à dire et je reviens aussi au langage utilisé de le simplifier (...) en pi d'être clair d'être aussi très accessible dans tout ce qu'on dit que les gens soient attentifs à être accessibles aux personnes qui sont là (...) il ne faut pas que ça devienne une rencontre d'experts avec un langage hermétique » (Coordonnateur 2, p.5).

L'ouverture et la souplesse. Pour les coordonnateurs cliniques, l'ouverture et la la souplesse de l'ensemble des membres de l'équipe sont également des dimensions importantes se rapportant à la communication au cours des plans d'intervention; « (...) une ouverture autant aux membres de l'équipe (...) d'être ouvert à ce qui se passe dans

la rencontre et être ouvert à une interaction il faut qu'il y ait un dynamisme dans la rencontre c'est pas programmé encadré » (Coordonnateur 2, p.5)

L'information. Une des premières sources d'information pour les coordonnateurs cliniques est le client et / ou le parent; *« je pars beaucoup beaucoup des clients »* (Coordonnateur 1, p.4). Les animateurs s'assurent que les informations données soient structurées; *« s'assurer que toutes les informations sont données eh que ce soit arrêté dans le temps qu'il a y un début et une fin que les informations les plus importantes et les plus pertinentes soient dites »* (Coordonnateur 1, p.4). Pour valider la compréhension, l'animateur questionne le client et le parent; *« j'essaie de regarder en même temps si c'est bien saisi pour revenir vers eux bon qu'est-ce que vous en comprenez voir leur accord aussi »* (Coordonnateur 2, p.4). Toujours en regard à l'information, les coordonnateurs cliniques utilisent les intervenants comme support; *« ils ((intervenants)) sont comme support moi en tout cas je les utilise comme ça (...) moi je les ((intervenants)) utilise plus comme support au client ou au parent (...) ils ((intervenants)) sont beaucoup plus en support »* (Coordonnateur 1, p.11).

La participation du client et du parent. Tout comme nous l'avons mentionné précédemment, il est important pour les coordonnateurs cliniques de connaître les préoccupations du client et du parent. Le parent est inclut dans le processus et dans l'équipe; *« (...) ils font parti de l'équipe ils font parti de l'équipe dans le sens de en même temps on leur donne des informations »* (Coordonnateur 1, p.10).

Le climat. Un autre élément favorisant la communication est l'instauration d'un climat favorable. Pour installer un tel climat, les animateurs vont utiliser l'humour et la

convivialité ; « (...) moi j'aime concrètement quand ça se passe dans l'humour j'aime ça mais il n'y a pas toujours place à ça mais (...) » (Coordonnateur 1, p.6).

De plus, les coordonnateurs cliniques apprécient lorsque qu'il y a un climat respectueux et ouvert et que les personnes participant au plan soient à l'écoute des autres; « (...) que ça se passe dans le respect dans l'écoute les uns des autres ça peut être l'utilisateur ça peut être le parent ça peut être les intervenants ça c'est un plan qui est très réussi » (Coordonnateur 1, p.6).

Attentes communicationnelles. Les attentes en matière de communication correspondent à ce à quoi les coordonnateurs cliniques s'attendent de l'échange lors du plan d'intervention. Les attentes communicationnelles sont de l'ordre de la « (...) clarté des informations, que l'utilisateur sache où il s'en va, que les choses soient dites telles qu'elles sont, l'honnêteté des informations » (Coordonnateur 1, p.10). Il y a également la nature du plan que ce ne soit « (...) pas une réunion technique je dirais ou pas une réunion de professionnels avec des aspects très techniques justement que ce soit une réunion d'échanges » (Coordonnateur 2, p.16).

Résultats de la Codification du Discours des Parents

Tableau 4

Mise en lien des codes en fonction des moments pour les parents

Moments	Codes
Interventions individualisées	Le lieu, ouverture, confiance
Discussions cliniques	Non présents
Plan d'intervention	Bilan de la situation, support au client, le climat, l'information, le besoin de sécurité

Lors des interventions individualisées

Le lieu. Les interventions individualisées sont le moment qui réunit l'intervenant d'une discipline précise et le client. Le lieu et l'aménagement des lieux de traitement sont appréciés des parents et facilitent le rapprochement entre les clients et les parents avec les professionnels du milieu; « *l'endroit où est-ce que ça a été choisi je trouve que c'est un endroit où est-ce qu'on était vraiment bien parce qu'on était pas comme dans un bureau mon gars était pas assis sur la chaise pis dire arrête tu bouges pas* » (Mère, p.3). L'aménagement des lieux facilite les échanges et place les gens dans un atmosphère d'ouverture; « *c'était vraiment en cercle t'avais pas de table facque déjà pour moi ce n'était pas quelque chose de fermé* » (Mère, p.3).

Confiance. De plus, ce contexte permet l'établissement d'un lien de confiance; « *t'es vraiment dans un contexte que c'est pour l'enfant que tu fais ça facque t'es un petit peu plus en confiance moi en tout cas je me suis vraiment sentie en je me suis sentie bien là-*

dedans» (Mère, p.4). L'établissement d'un lien de confiance s'effectue à ce moment; *« t'es vraiment dans un contexte que c'est pour l'enfant que tu fais ça facque t'es un petit peu plus en confiance moi en tout cas je me suis vraiment sentie en je me suis sentie bien là-dedans»* (Mère, p.4).

Ouverture. L'aménagement des salles d'évaluation lors des interventions individualisées place le parent dans un climat d'ouverture; *« (...) c'était vraiment en cercle t'avais pas de table facque déjà pour moi ce n'était pas quelque chose de fermé »* (Mère, p.3).

Lors du plan d'intervention

Pour les parents rencontrés, le plan d'intervention est un lieu où ils sont appelés à intervenir en support à l'information et un lieu d'échange d'informations. Le but de la réunion est la divulgation des objectifs de réadaptation et l'échange d'informations tant d'un point de vue clinique que du point de vue du travail accompli à la maison. À ce niveau, cela implique une grande participation de leur part puisqu'ils sont sollicités par le coordonnateur clinique en ce qui a trait à des renseignements complémentaires en regard au travail accompli à la maison.

Bilan de la situation. Le plan d'intervention est l'endroit désigné, pour les parents, pour faire le bilan de la situation et pour avoir l'état d'avancement du processus de réadaptation; *« (...) le but de la réunion c'est de voir comment ça va tout ça où est-ce que M est rendue où est-ce que eux sont rendus par rapport à M et moi en tant que parent je ne suis pas intervenant je suis juste un support autant auprès de M qu'auprès de ces gens-là comme référence »* (Père, p.1). Le plan d'intervention est l'endroit où

l'information est colligée et partagée pour que tout le monde soit au même niveau en ce qui a trait au processus de réadaptation et « *ça permet d'éviter un certain dédoublement d'informations* » (Père, p.3).

Support au client. Le rôle des parents s'étend sur plusieurs niveaux. Entre autres, ils sont en support, ce qui signifie qu'ils jouent un rôle au niveau de la clarification de l'information et viennent seconder le client si les informations données par le client sont moins claires; « *Absolument ni plus ni moins ma place de parent j'étais le père qui secondait M dans les informations pour l'aider à vulgariser certaines choses (...) « moi j'aidais M à vulgariser ce qu'elle avait à dire pour ces gens-là qui était pas toujours évident* » (Père, p.5). Leur rôle en est également un d'observateur; « *en tant que père observateur j'ai pu intervenir à ce niveau-là* » (Père, p.2). Les parents sont également des membres reconnus au sein de l'équipe; « *j'étais un rouage au même titre que les autres alors c'était intéressant pour ça j'étais considéré comme tel et je me comportais comme tel* » (Père, p.5)

Le climat. En ce qui concerne les échanges, les parents rencontrés apprécient qu'il y ait de l'humour et qu'il y ait un climat convivial; « *c'était relax même amusant il y avait beaucoup d'humour dans tout ça* » (Père, p.4).

L'information. Les parents apprécient que l'information soit claire; « *c'était très clair à toutes les fois qu'on se voyait je savais pourquoi on se voyait je savais le but qui était visé et les besoins de tous et chacun à mon avis étaient comblés* » (Père, p.4). Pour en arriver à recevoir de l'information qui est suffisamment claire, les parents apprécient avoir un temps pour pouvoir poser des questions quant à l'état de leurs enfants ; « *c'est*

sûr que je vais poser des questions c'est sûr que je vais poser des questions (...) (Mère, p.7). Aussi au niveau de l'information, les parents s'attendent à être informés; *« je vais dire mes attentes très clairement au départ c'est d'ailleurs ce que j'ai fait et je m'attendais à être informé et c'est ce qu'ils ont fait ça toujours été très clair depuis le début »* (Père, p.8).

Les parents sont également actifs en regard à l'information puisqu'ils prennent l'initiative d'appeler le centre de réadaptation et de questionner pour le suivi des interventions; *« je prenais l'initiative d'appeler à l'interval pour savoir où on en était rendu et aussi eux-mêmes m'appelaient pour savoir comment ça se passait à la maison ça se passait très bien à ce niveau là »* (Père, p.3)

Le besoin de sécurité. Les parents expriment le besoin d'être sécurisés *« les gens d'ici qui m'ont le plus sécurisé versus les spécialistes que j'ai pu voir »* (Mère, p.13). Pour parvenir à être sécurisés, les parents et les intervenants développent un lien de confiance; *« ces gens là m'ont vraiment mis en confiance (...) parce que j'ai besoin de me sécuriser beaucoup parce que en quelque part je ne suis pas sécurisée je le suis pas à 100% pis pas sûr si je vais l'être à 100% »* (Mère, p.8).

Catégorisation

Démarche de Catégorisation

Comme nous l'avons présenté au début de ce chapitre, la deuxième étape de l'analyse qualitative de contenu par théorisation est la catégorisation. Dans le cadre de la présente démarche d'analyse, nous avons premièrement effectué une deuxième lecture des entrevues et du tableau synthèse pour chacun des groupes impliqués. Pour l'ensemble du corpus et des codes émergents du corpus, nous avons posé la question suivante : je suis en face de quel phénomène? À cette question, les réponses obtenues nous ont permis de dégager des catégories. Ces catégories représentent un niveau conceptuel élevé, permettant ainsi une condensation plus riche des significations et des définitions de la situation.

Après avoir posé la question précédente, qui nous a mené à l'identification de catégories, nous avons défini ces catégories. La définition des catégories s'effectue à plusieurs niveaux. Entre autres, la définition d'une catégorie doit contenir quatre éléments permettant ainsi une théorisation plus fiable, il s'agit de « les définir, en dégager les propriétés, en spécifier les conditions sociales légitimant leur formulation et en identifier les diverses formes. » (Paillé, 1994, p. 164).

Pour cette section, nous présentons les catégories se rapportant à chaque groupe précédemment identifié. Chaque catégorie est illustrée par un tableau présentant les codes et les énoncés se rapportant à cette même catégorie. À la suite de la présentation de chacune des catégories et de son tableau, nous présentons la mise en relation des catégories. La mise en relation des catégories sera présentée à l'aide

d'une figure modélisant la représentation que les participants ont de la communication dans leur expérience en plan d'intervention. Le premier groupe qui est présenté est celui des intervenants. Le deuxième groupe est celui des coordonnateurs cliniques et enfin, le dernier groupe est celui des parents.

Définition des catégories du groupe des intervenants

Étiquette relationnelle. Désigne l'ensemble des règles de conduite qui régit le comportement individuel de chaque intervenant participant au dossier, et ce, tout au long du processus de réadaptation et plus particulièrement lors des travaux en équipe, lors des discussions cliniques et en groupe lors des plans d'intervention. Ces règles de conduite désignent l'utilisation de tact et de gentillesse dans le propos, le respect absolu des autres, la souplesse dans les propos, l'ouverture aux autres et à leurs opinions, l'écoute et l'instauration d'un climat permettant la mise en œuvre de cette étiquette relationnelle.

Tableau 5

Catégorie « Étiquette relationnelle »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Étiquette relationnelle	Tact et gentillesse	<p>« d'avoir un certain tact pour dire ce qu'il faut » (ergothérapeute, p. 11)</p> <p>« on doit mettre de l'eau dans notre vin un p'tit peu aussi » (physiothérapeute, p. 3)</p>
	Respect des autres	<p>« il y a un minimum de conditions au niveau de la relation qu'il faut assurer et donc particulièrement le respect » (physiothérapeute 2, p.5)</p> <p>(physiothérapeute 2, p.10)</p>
	Ouverture aux autres	<p>« il y a une ouverture de part et d'autre pour venir mettre sur la table toutes les informations » (physiothérapeute 2, p.10)</p>
	Écoute	<p>« en travail d'équipe ça on doit s'écouter » (physiothérapeute 1, p. 3)</p> <p>« c'est d'écouter ce que le client désire aussi il faut être à l'écoute des besoins du client du désir du client » (physiothérapeute 1, p. 3)</p>

Groupe. Cette catégorie désigne la notion de travail en groupe comme étant l'élément central pour les intervenants dans les plans d'intervention. La notion de groupe inclut le concept de travail en équipe. Le groupe décrit et définit l'esprit dans lequel est effectué le travail des intervenants. Il est décrit par les intervenants comme étant la collaboration entre les intervenants, la concertation de ces derniers, le contrat que se donnent les intervenants pour l'atteinte des objectifs, le rôle que chaque intervenant occupe, la cohésion et la participation des parents qui sont impliqués dans les plans d'intervention. L'action des membres du groupe est de prime abord, individuelle et disciplinaire.

Tableau 6

Catégorie « Groupe »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Groupe	Collaboration des parents	« si on veut avoir une collaboration si on veut avoir des résultats il faut que ça passe par les parents de toute façon il faut qu'ils se sentent eh fait partie des interventions qui vont être faites » (neuropsychologue, p. 5)
	Concertation	« un pi ça consiste à une concertation c'est un peu comme un contrat qu'on se donne à ce moment » (physiothérapeute 2, p.1)
	Contrat	
	Rôle	« ça leur ((client)) permet de différencier qui fait quoi ça leur permet aussi de voir le travail d'équipe » (ergothérapeute, p. 6)
		« ça leur permet de voir les liens entre le travail qui se fait parce qu'on parle en équipe pis on fait les liens entre les différentes disciplines » (ergothérapeute, p. 6)
	Cohésion	« devant le client c'est parce qu'il faut une certaine cohésion de l'équipe » (ergothérapeute, p. 3)

	<p><i>« on a déjà réglé nos conflits ou faites les consensus avant donc on arrive au plan pis il y a une certaine cohésion d'équipe » (ergothérapeute, p. 9)</i></p>
Processus d'apprentissage	<p><i>« c'est un processus d'apprentissage qu'on fait avec le client » (physiothérapeute 2, p.14)</i></p>
Rentabilité du processus	<p><i>« on peut exiger qu'il y ait quelqu'un d'autre du milieu qui soit présent pour s'assurer que ce soit plus rentable ou efficace comme processus » (physiothérapeute 2, p.14)</i></p>
Participation des parents	<p><i>« j'trouve ça intéressant l'implication les impliquer dans l'équipe dans le travail qui se passe à ce niveau là » (ergothérapeute, p. 6)</i></p> <p><i>« de leur laisser une place justement de prendre en considération les propos qu'eux autres amènent » (physiothérapeute 2, p. 3)</i></p>

Étiquette fonctionnelle. L'ensemble des règles de conduite qui régit le comportement individuel de chaque participant au plan d'intervention. Cette catégorie désigne la notion de respect entre intervenants et plus particulièrement au niveau des disciplines. Il y a des règles qui régissent le comportement des intervenants et qui viennent baliser le champ disciplinaire de chacun de telle sorte que de façon naturelle, les intervenants vont porter une attention particulière à ne pas empiéter sur le domaine de l'autre. Pour cette catégorie, il est question seulement du respect disciplinaire et du domaine professionnel de chacun. Au niveau de la catégorie « étiquette relationnelle », le respect et les règles de conduite s'appliquent davantage au respect entre les individus et sur la qualité de leur relation personnelle.

Tableau 7

Catégorie « Étiquette fonctionnelle »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Étiquette fonctionnelle	Respect entre les disciplines	<p>« la dynamique de groupe est comme bien établie dans le sens qu'il n'y a pas je ne sens pas de tirage de couverte comme il peut y en avoir ailleurs » (neuropsychologue, p.7)</p> <p>« je dirais au niveau des échanges chacun a pu dire ce qu'on avait à dire sans empiéter dans le domaine de l'autre » (neuropsychologue, p.12)</p> <p>« on doit eh accepter qu'il y a certains volets certains aspects qui sont plus élaborés ou expliqués par d'autres d'autres personnes » (physiothérapeute 1, p.3)</p>

Contenu. Cette catégorie désigne l'ensemble des codes se rapportant à l'information. Dans les plans d'intervention, la notion de contenu est centrale. Le contenu inclut les énoncés se rapportant au bilan et au compte rendu des informations cliniques, à la rapidité avec laquelle les contenus circulent dans les plans d'intervention, à la clarté des propos et des informations ainsi qu'à la cohérence des contenus qui sont divulgués. Le plan repose sur les contenus cliniques et le but du plan lui-même concerne l'élaboration d'objectifs de réadaptation à partir même des contenus informatifs apportés par les intervenants selon leur domaine respectif.

Tableau 8

Catégorie « Contenu »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Contenu	Bilan / compte rendu	<p>« on fait un bilan de ce qui s'est passé depuis les 3 derniers mois tant sur le plan médical qu'au niveau réadapt » (ergothérapeute, p. 2)</p> <p>« c'est un moyen pour moi le pi de faire le point » (neuropsychologue, p. 4)</p> <p>« pour le parent le parent qui est là c'est une occasion de savoir où en est rendu ((intervenants)) » (ergothérapeute, p. 4)</p>
	Rapidité	<p>« on a toute l'information ça fait que le plan d'intervention se déroule plus rapidement » (ergothérapeute, p. 3)</p> <p>« c'est rentable de prendre ce temps-là en discussion avec le client pour bien éclaircir les choses c'est du temps qu'on gagne après » (physiothérapeute 2, p.4)</p>
	Transfert d'information	« l'importance des rencontres de plan d'intervention (...) pour se transférer ces informations pis pour se préparer à passer la flambeau aussi même si on laisse pas

		<i>complètement on transfère une majeure de l'intervention »</i> (physiothérapeute 1, p. 17)
Clarté	→	<i>« j'essaie toujours de parler selon d'y aller clairement sur ce qu'on a vu »</i> (neuropsychologue, p. 4)
Clarification	→	<i>« venir ajouter une idée ou venir reposer une question pour aider à clarifier encore plus l'interprétation qui peut être donnée »</i> (physiothérapeute 2, p.4)
	→	<i>« on ne le sait pas tout le temps qu'est-ce qui est compris et qu'est-ce qui n'est pas compris des fois chez certains intervenants mais le plus souvent c'est avec notre client »</i> (physiothérapeute 2, p.7)
Cohérence	→	<i>« des fois ils ((parents)) ont l'information de la part du client lui-même mais ils ont l'information au niveau l'opinion des professionnels »</i> (ergothérapeute, p. 4)
Fixer les objectifs	→	<i>« c'est la rencontre avec le client où là normalement les objectifs devraient découler »</i> (neuropsychologue, p.2)

Équipe. Cette catégorie se retrouve davantage au moment des discussions cliniques. La notion d'équipe réfère à l'interrelation entre les intervenants (individus) lors de ces rencontres informelles. C'est à ce moment que l'équipe doit faire consensus avant de présenter le contenu des interventions et des objectifs découlant de ces interventions au client ainsi qu'au parent l'accompagnant. Les discussions cliniques sont le lieu où les intervenants s'entendent sur le plan disciplinaire à partir d'une communication franche. Contrairement au groupe, l'équipe renvoie à l'idée que le travail accompli par les membres de l'équipe n'est pas individuel, mais qu'il y a une interdépendance entre les membres et que l'action est collective.

Tableau 9
Catégorie « Équipe»

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Equipe	Consensus	<p>« Ça s'assure qu'on ait toutes les mêmes opinions » (ergothérapeute, p. 3)</p> <p>« c'est seulement que l'équipe ici c'est vraiment au niveau professionnel pour qu'on s'enligne entre les différentes professions » (ergothérapeute, p. 4)</p>

Gestionnaire du climat (rôle de l'animateur selon les intervenants). Cette catégorie désigne le rôle de l'animateur dans les plans d'intervention tel que perçu par les intervenants. Ce rôle inclut des fonctions de médiation et de facilitation. En ce sens que le climat et le maintien de ce dernier repose totalement sur la capacité de l'animateur à effectuer une bonne gestion de l'ensemble des éléments pouvant venir perturber le bon déroulement des rencontres de plan d'intervention.

Tableau 10

Catégorie « Gestionnaire du climat » (rôle de l'animateur selon les intervenants)

Catégorie	Codes provenant des entretiens	Énoncés se rapportant aux codes
Gestionnaire du climat	Ramène les situations	<p>« c'est la coordonnatrice de façon générale si ça dérape les intervenants ont a tendance à se tenir pis L ((animatrice)) vas-y c'est toi qui connaît » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« elle a quand même pas mal de tact pour ramener les situations » (ergothérapeute, p. 15)</p>
	Médiatrice	<p>« c'est elle qui est la médiatrice si on veut c'est la coordonnatrice mais c'est une médiatrice » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« la coordonnatrice clinique j pense dans les cas particulièrement plus difficiles où c'est des cas délicats où on a des opinions très différentes sur le client la coordonnatrice clinique fait un bon travail de vraiment prendre tout ça pis de faire le point milieu avec tout » (ergothérapeute, p. 8)</p>

Mise en forme du contenu (rôle de l'animateur selon les intervenants). Cette catégorie désigne la fonction de l'animateur en tant que gestionnaire du contenu dans les plans d'intervention. La gestion du contenu se définit par une mise en forme de l'ensemble des contenus transmis par les intervenants. Cette mise en forme inclut la gestion des interactions en ce sens que l'animateur est le pivot de la rencontre et donne le droit de parole. Il va également s'assurer de la compréhension du parent en le questionnant sur les informations cliniques qu'il vient de recevoir.

Tableau 11

Catégorie «Mise en forme du contenu» (rôle de l'animatrice selon les intervenants)

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Mise en forme du contenu	Gère les interactions	<p>« <i>c'est la coordonnatrice qui nous dirige la question de toute façon pis la façon qu'elle le dirige c'est approprié</i> » (physiothérapeute 1, p.6)</p> <p>« <i>l'animatrice effectivement joue un rôle important pour vraiment diriger ces questions là</i> » (physiothérapeute 1, p.6)</p> <p>« <i>le plus souvent l'animateur qui va diriger la discussion va le plus souvent la diriger vers le client</i> » (physiothérapeute 2, p.2)</p>
	Pivot	<p>« <i>on va être plus des pions elle va se servir de nous quand elle en a besoin pour gérer la situation</i> » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« <i>elle connaît toutes les opinions des intervenants elle sait ce qui se passe dans toutes les disciplines pis souvent c'est elle qui fait le lien entre nous et la famille</i> » (ergothérapeute, p. 10)</p>

Authenticité des relations. Cette catégorie désigne la relation de proximité qui existe en dehors du cadre formel des interventions. Cela se traduit par l'expérience vécue par les intervenants avec le client lorsqu'ils sont en rencontre d'interventions individualisées. À ce moment, les relations sont teintées d'authenticité puisqu'il n'y a aucun cadre restrictif et aucun dispositif formel. Cette relation amène des éléments de connaissance qui peuvent être rapportés lors des rencontres plus formelles.

Tableau 12

Catégorie « Authenticité des relations »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Authenticité des relations	Souplesse	→ « <i>il y a toujours une marge de manœuvre parce qu'on voit aussi le client</i> » (physiothérapeute 1, p.16)
	Expérience avec le client	→ « <i>c'est sûr qu'on a une expérience qu'on vit avec le client pis eh on peut on peut le mentionner lors du plan</i> » (physiothérapeute 1, p.16)
	Proximité avec le client	→ « <i>j'ai comme l'impression que je connais beaucoup le client pis eh j'peux plus facilement me prononcer</i> » (physiothérapeute 1, p.16)

Attentes communicationnelles. Les attentes communicationnelles viennent agir en aval de la représentation sociale (*cf.* Chapitre du cadre théorique, p. 33 et suivantes). Tel que nous l'avons présenté dans le cadre théorique, il y a deux processus qui sous-tendent la formation des représentations sociales. Ces processus sont l'objectivation et l'ancrage. La formation de la représentation sociale se produit de façon individuelle lors de l'objectivation et se traduit sous forme d'attentes communicationnelles. Le deuxième processus par lequel une représentation se manifeste est lors de l'ancrage. Dans le cas présent, le processus d'ancrage se traduit par des situations et exemples concrets donnés dans un moment précis (ici les plans d'intervention) par les personnes rencontrées. Comme on le constate, les éléments présents lors de la formulation des attentes (processus d'objectivation) correspondent avec les expériences vécues (processus d'ancrage).

Tableau 13

Catégorie «Attentes communicationnelles»

Catégorie	Catégories provenant des entrevues	Codes	Énoncés se rapportant aux codes
Attentes communicationnelles	Contenu	Clarification Mise au point	<p>« <i>J'ai des attentes beaucoup moi de clarification de mise au point mais DE CLARIFICATION</i> » (neuropsychologue, p. 9)</p> <p>« <i>Que les gens disent les choses clairement</i> » (neuropsychologue, p. 9)</p>
	Groupe	Implication/ participation	« <i>je m'attends à ce que les gens le disent surtout qu'on s'en est parlé avant pis je m'attends que les gens s'impliquent pour dire ce qu'ils ont à dire</i> » (ergothérapeute, p. 15)
		Respect dans les propos	« <i>Je m'attends à ce que tout le monde dise ce qu'il pense de façon modérée si on veut avec considération avec respect face aux autres</i> »

	Étiquette relationnelle	→	<i>intervenants »</i> (ergothérapeute, p. 15) <i>« qu'ils fassent preuve de respect et de délicatesse »</i> (ergothérapeute, p. 16)
--	----------------------------	---	--

Mise en Relation des Catégories du Groupe des Intervenants

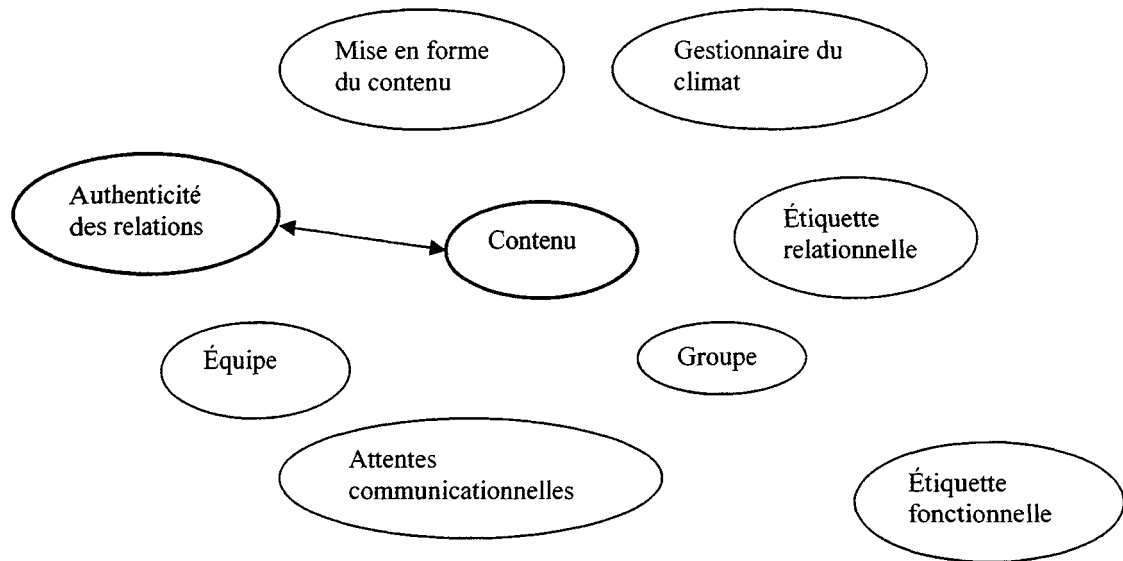


Figure 3 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des intervenants lors des interventions individualisées

La figure ci-dessus représente le modèle issu de la mise en relation des catégories lors des interventions individualisées. À ce moment, il n'y a que l'authenticité des relations et le contenu qui sont présents, en ce sens que les intervenants se retrouvent en relation de proximité avec le client et que ce moment se traduit par une approche individualisée. La relation entre l'intervenant et le client se bâtit à ce moment. Cette proximité avec le client s'établit à partir de l'expérience qui est vécue avec ce dernier.

Enfin, la catégorie « contenu » renvoie au transfert d'informations qui se fait de l'intervenant au client lors de ces interventions. À ce moment, les contenus cliniques commencent à circuler entre les intervenants, le client et le parent.

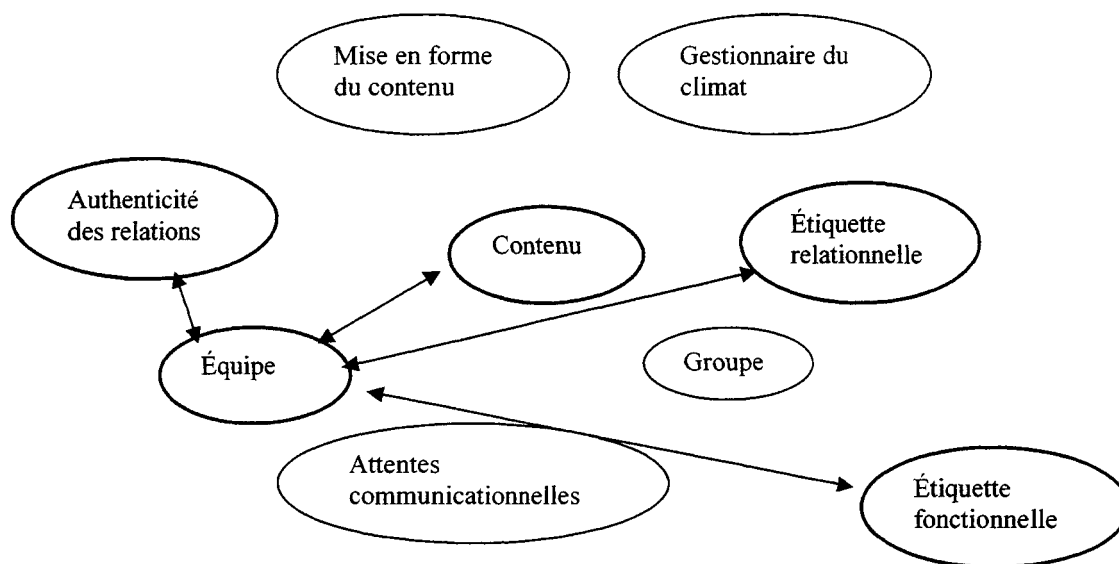


Figure 4 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des intervenants lors des discussions cliniques

La figure ci-dessus illustre la mise en relation des catégories lors des discussions cliniques. Nous pouvons voir que ce n'est plus le groupe qui est en œuvre mais bien l'équipe. Les intervenants se retrouvent réunis à ce moment pour discuter de l'avancement de la réadaptation et pour faire le point entre intervenants. Il n'y a aucun cadre qui régit les relations et le climat. L'animateur devient un professionnel au même titre que les autres et n'a aucune autorité. La catégorie centrale est le contenu puisque ce dont il est question ne relève que du contenu des interventions cliniques. À ce moment, l'étiquette relationnelle est en œuvre même si l'authenticité des relations est recherchée. C'est à ce moment aussi que les intervenants établissent leur relation les uns avec les autres. Ce moment en est un préparatoire pour les plans d'intervention en ce sens qu'il

met en place les conditions de relations entre les différents professionnels et l'établissement des objectifs de réadaptation se précise également au cours de ces rencontres.

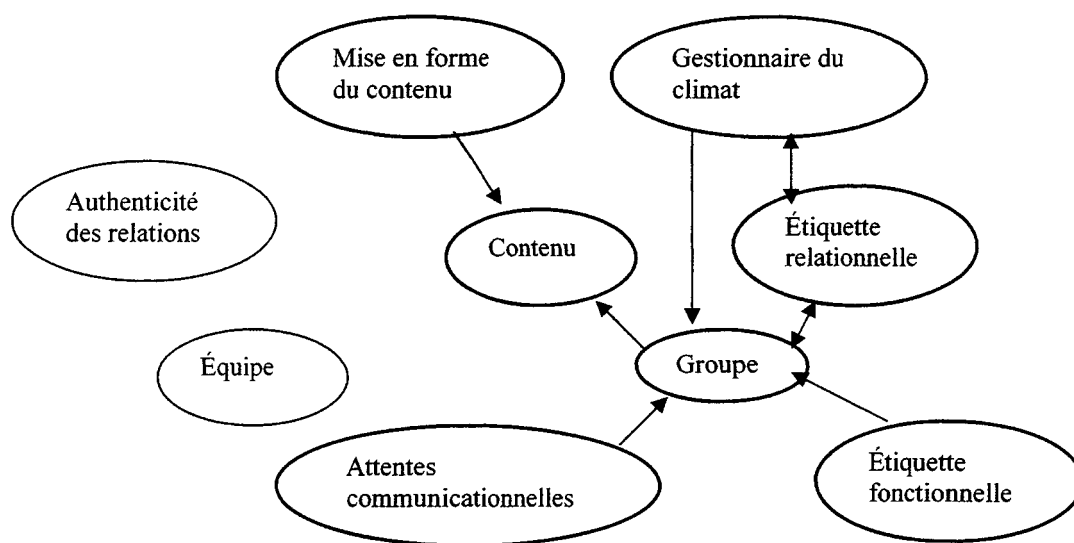


Figure 5 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des intervenants lors des plans d'intervention individualisés

La figure ci-dessus représente les catégories dominantes dans les plans d'intervention ainsi que le modèle de la représentation sociale de la communication du groupe des intervenants. La catégorie centrale est celle du contenu. Les contenus sont véhiculés sous forme de bilan et de compte rendu qui s'avèrent être un moyen pour les intervenants qui leur permet de rationaliser / justifier devant les autres (lien social) la cohérence des objectifs avec les besoins. Chaque intervenant faisant partie du groupe se livre à une prestation individuelle et chacun divulgue à tour de rôle le bilan des interventions dans sa discipline. L'étiquette fonctionnelle illustre le respect qui existe

entre les intervenants en regard à leur discipline. À cet effet, ils deviennent les experts dans leurs champs d'action respectifs. Ce qui permet aux intervenants de ne pas empiéter sur l'expertise des autres, facilitant ainsi leur relation professionnelle. Le maintien de bonnes relations interpersonnelles entre les intervenants est assuré par l'étiquette relationnelle. En ce sens qu'elle représente des conditions que les intervenants se donnent afin de créer un climat adéquat et harmonieux. Même s'il existe cette étiquette relationnelle entre les différents professionnels, un des rôles de l'animateur tel qu'il est perçu par les intervenants consiste en la gestion du climat. C'est donc l'animateur qui s'assure que le climat demeure propice et harmonieux facilitant ainsi l'échange des contenus. Afin que les contenus demeurent intelligibles et compréhensibles pour tous, le second rôle qui est attribué à l'animateur par les intervenants consiste à s'assurer de la mise en forme du contenu. Le contenu clinique qui est livré par les intervenants est soumis à un examen de compréhension de la part de l'animateur qui va ensuite questionner le client et le parent afin de tester leur compréhension et pour également savoir s'ils adhèrent au contenu livré.

Enfin, tel que nous l'avons défini précédemment, les représentations sociales sont formées dans un processus individuel de prime abord, pour ensuite s'ancrer lors de moments précis, par exemple lors des plans d'intervention individualisés. Les attentes communicationnelles témoignent de ces représentations et l'ensemble des catégories illustre, dans une situation concrète, ces attentes individuelles. Nous avons dirigé la flèche des attentes communicationnelles vers le groupe, car ces attentes / représentations sociales se retrouvent dans les actions, dans la communication et à travers le

comportement de chaque intervenant oeuvrant au sein du groupe. À la lumière de ces observations, nous pouvons affirmer que la représentation sociale de la communication des intervenants est mécanique. Le terme « mécanique » employé réfère en partie à la notion de contenu tant au niveau de la transmission d'informations qu'au niveau du bilan et du compte rendu de cette information.

Définition des catégories du groupe des coordonnateurs cliniques

Étiquette relationnelle. Désigne l'ensemble des règles de conduite qui régit le comportement individuel souhaité par les coordonnateurs cliniques à tous les participants, et ce, tout au long du processus de réadaptation et plus particulièrement lors des travaux en équipe lors des discussions cliniques et en groupe lors des plans d'intervention. Ces règles de conduite désignent l'utilisation de tact et de gentillesse dans le propos, le respect absolu des autres, la souplesse dans les propos, l'ouverture aux autres et à leurs opinions, l'écoute et l'instauration d'un climat permettant la mise en œuvre de cette étiquette relationnelle.

Tableau 14

Catégorie « Étiquette relationnelle »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Étiquette relationnelle	Respect →	<i>que ça se passe dans le respect » (coordonnateur 1, p.6)</i>
	Ouverture →	<i>« ouvert à ce qui se passe dans la rencontre et être ouvert à une interaction » (coordonnateur 2, p.5)</i>
	Écoute →	<i>« d'être capable d'affirmer ce qu'ils ont comme professionnels que de d'être que de pouvoir écouter » (coordonnateur 2, p.5)</i>

Gestionnaire du climat. Cette catégorie désigne le rôle de l'animateur dans les plans d'intervention. Ce rôle inclut des fonctions de médiation et de facilitation. En ce sens que le climat et le maintien de ce dernier repose totalement sur la capacité de l'animateur à effectuer une bonne gestion de l'ensemble des éléments pouvant venir perturber le bon déroulement des rencontres de plans d'intervention. Les animateurs insistent également sur un climat teinté d'humour et de complicité afin d'évacuer le stress et l'émotivité.

Tableau 15

Catégorie « Gestionnaire du climat »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Gestionnaire du climat	Humour	<p>« j'aborde les plans avec un petit peu d'humour c'est toujours stressant pour la personne aussi (..) pis après ça donner le contexte ça roule bien » (coordonnateur 1, p.4)</p> <p>« passe humour j'aime ça mais il n'y a pas toujours place à ça mais » (coordonnateur 1, p.6)</p> <p>« Moi j'aime beaucoup l'humour » (coordonnateur 1, p.6)</p>
	Complicité	<p>« j'aime ça une espèce de complicité d'entraide en même temps de taquinerie presque affectueuse » (coordonnateur 1, p.6)</p>

Équipe. Contrairement aux intervenants, la notion d'équipe apparaît lors des plans d'intervention. Pour les coordonnateurs cliniques (fonction d'animateur dans les plans), le bon déroulement d'un plan repose entre autres sur une bonne cohésion d'équipe et sur la réalisation du travail en équipe. Les coordonnateurs cliniques reconnaissent que la cohésion de l'équipe se fait avant le plan d'intervention et que l'esprit d'équipe s'établit lors des discussions cliniques.

Tableau 16

Catégorie « Équipe »

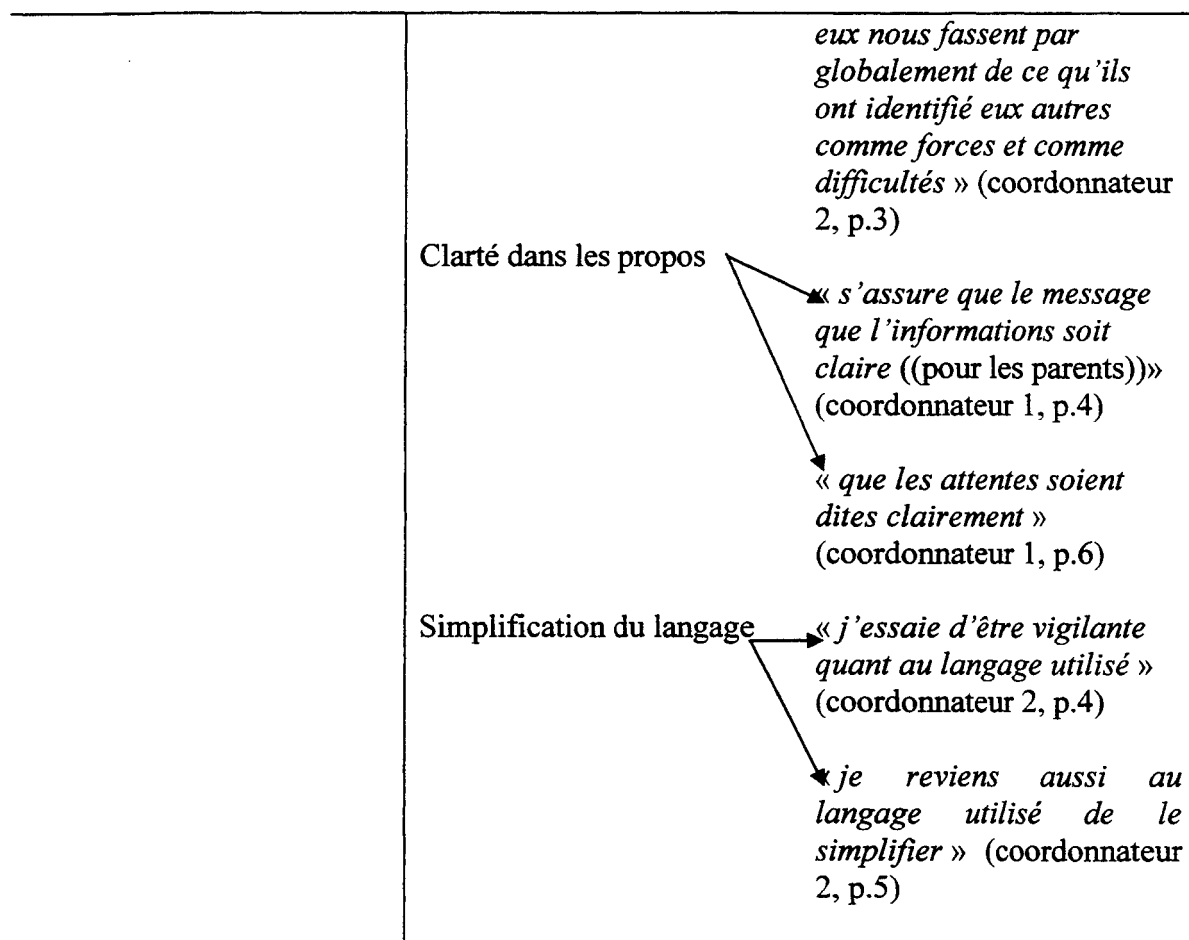
Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Équipe	Travail en équipe	« <i>quand je sens que les gens travaillent en équipe</i> » (coordonnateur 1, p.16)
		« <i>je trouve ça riche aussi je trouve ça ben riche moi travailler en équipe</i> » (coordonnateur 1, p.16)
	Cohésion d'équipe	« <i>ça coule tout seul puis quand on sent que la cohésion d'équipe aussi est bonne il y a des fois où ça va tout seul</i> » (coordonnateur 2, p.8)
		« <i>on va avoir une cohésion parce que moi j'accepte pas qu'on arrive en pi comme ça</i> » (coordonnateur 2, p.12)

Mise en forme du contenu. Cette catégorie désigne la fonction de l'animateur en tant que gestionnaire du contenu dans les plans d'intervention. La gestion du contenu se définit par une mise en forme de l'ensemble des contenus transmis par les intervenants. Cette mise en forme inclut la gestion des interactions en ce sens que l'animateur est le pivot de la rencontre et donne le droit de parole. Il va également s'assurer de la compréhension du parent en le questionnant sur les informations cliniques qu'il vient de recevoir. La participation des parents devient alors centrale dans le déroulement des plans d'intervention.

Tableau 17

Catégorie « Mise en forme du contenu »

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Mise en forme du contenu	Client comme source d'information →	« <i>je pars beaucoup beaucoup des clients</i> » (coordonnateur 1, p.4)
	Rôle des parents →	« <i>Ils ((parents)) font partie de l'équipe ils font partie de l'équipe dans le sens de en même temps on leur donne des informations des fois les parents vont avoir des craintes</i> » (coordonnateur 1, p.10)
	Informations structurées →	« <i>s'assurer que toutes les informations sont données eh que ce soit arrêté dans le temps qu'il a y un début et une fin que les informations les plus importantes et les plus pertinentes soient dites</i> » (coordonnateur 1, p.4)
	Donner la parole →	« <i>J'essaie toujours de leur donner la parole dès le départ</i> » (coordonnateur 2, p.4) « <i>revenir vraiment vers eux ((parents)) leur demander leur point de vue essayer d'avoir leur opinion et au cours de la rencontre</i> » (coordonnateur 2, p.4)
	Circulation de l'information →	« <i>je fais un tour de table avec les intervenants que</i>



Authenticité des relations. Cette catégorie désigne la relation de proximité qui existe entre les intervenants, le client, le parent et les coordonnateurs cliniques. Cette relation débute lors de rencontres informelles. À ce moment, les relations sont teintées d'authenticité. Cette relation amène des éléments de connaissance qui peuvent être rapportés lors des rencontres plus formelles. C'est à ce moment dans le processus que les éléments d'émotivité sont discutés. Il y a une épuration des questionnements et des préoccupations.

Tableau 18

Catégorie «Authenticité des relations»

Catégorie	Codes provenant des entretues	Énoncés se rapportant aux codes
Authenticité des relations	Communication franche →	« <i>ou s'il y a des discussions un petit peu viriles à avoir ben on les fait là</i> » (coordonnateur 1, p.4)
	Relation de proximité →	« <i>ils savent que je les connais ils sont rassurés sur eh parce que de façon informelle ils vont me passer me présenter beaucoup leurs préoccupations leurs questionnement leurs craintes leurs doutes</i> » (coordonnateur 1, p.17)
	Informations connues →	« <i>il n'y a pas beaucoup de surprise souvent la personne elle le sait elle fait sa physio elle fait son ergo</i> » (coordonnateur 1, p.10)

Attentes communicationnelles. Les attentes communicationnelles viennent agir en aval de la représentation sociale (*cf.* Chapitre du cadre théorique, p.33 et suivantes). Tel que nous l'avons présenté dans le cadre théorique, il y a deux processus qui sous-tendent la formation des représentations sociales. Ces processus sont l'objectivation et l'ancrage. La formation de la représentation sociale se produit de façon individuelle lors de l'objectivation et se traduit sous forme d'attentes communicationnelles. Le deuxième processus par lequel une représentation se manifeste est lors de l'ancrage. Dans le cas présent, le processus d'ancrage se traduit par des situations et exemples concrets donnés dans un moment précis (ici les plans d'intervention) par les personnes rencontrées. Comme on le constate, les éléments présents lors de la formulation des attentes (processus d'objectivation) correspondent avec les expériences vécues (processus d'ancrage).

Tableau 19

Catégorie «Attentes communicationnelles»

Catégorie	Catégories provenant des entrevues	Codes	Énoncés se rapportant aux codes
Attentes communicationnelles	Gestionnaire du climat	Climat d'échange	→ « <i>Que ce soit justement un climat d'échange</i> » (coordonnateur 2, p.16)
			« <i>qu'on soit en interaction en échange avec la personne</i> » (coordonnateur 2, p.16)
		Sensibilité	→ « <i>que les gens soient tout à fait sensibles à la situation de la personne qui est là</i> » (coordonnateur 2, p.16)
		Humour	→ « <i>peut avoir de l'humour où on peut se permettre</i> » (coordonnateur 2, p.16)

Mise en Relation des Catégories du Groupe des Coordonnateurs Cliniques

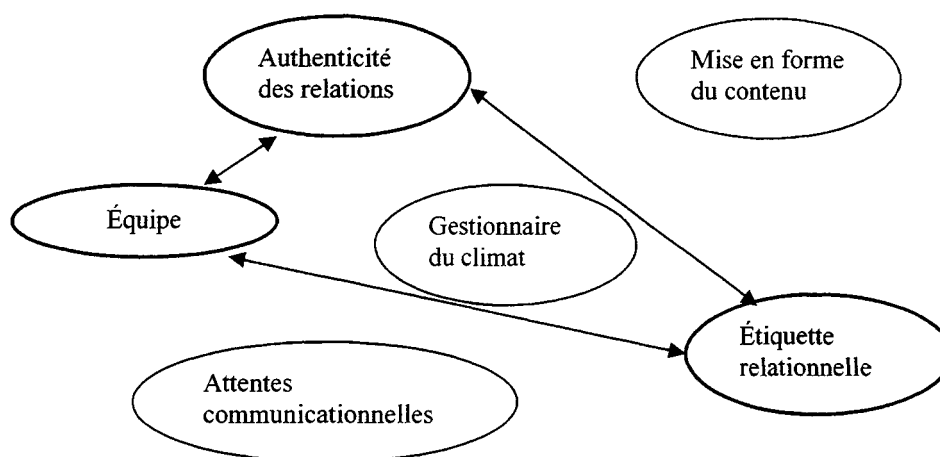


Figure 6: Modèle mettant en relation des catégories du groupe des coordonnateurs cliniques lors des discussions cliniques

La figure six présente la mise en relation, sous forme de modèle, des catégories se rapportant au groupe des coordonnateurs au moment des discussions cliniques. Le rôle des coordonnateurs cliniques à ce moment en est un d'observateur. Ils n'ont aucune autorité. Ils agissent au même titre que les professionnels, c'est-à-dire qu'ils assistent à la rencontre pour relever des éléments de contenu, des informations cliniques que chaque intervenant, selon sa discipline, va débattre. Le terme débattre est approprié car la discussion est ouverte sans aucun cadre restrictif. Les intervenants doivent, à ce moment, s'entendre sur les objectifs avant de les présenter au client et au parent lors des plans d'intervention. La catégorie « authenticité des relations » illustre la nature des relations lors des discussions cliniques. En ce sens que les relations ne sont pas gérées par une tierce partie et la communication est franche. Même si les relations sont

authentiques, elles sont quand même régies par l'étiquette relationnelle. Pour les coordonnateurs cliniques, le respect doit être présent en tout temps entre les intervenants même si la discussion est ouverte et franche.

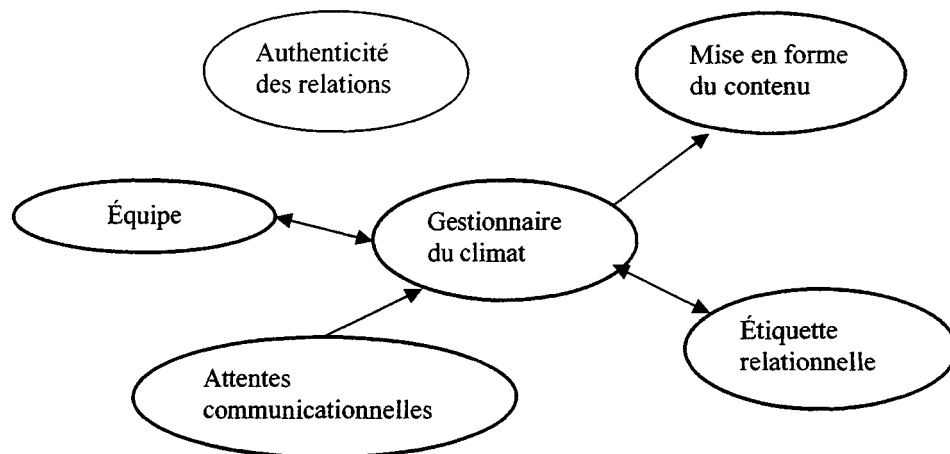


Figure 7 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des coordonnateurs cliniques lors des plans d'intervention individualisés

La figure sept illustre la mise en relation des catégories, c'est-à-dire la représentation sociale de la communication des coordonnateurs cliniques au moment des plans d'intervention. Cette figure nous renseigne également sur la représentation sociale de la communication chez les intervenants. La catégorie centrale « gestionnaire du climat », renvoie à l'idée que le rôle principal des coordonnateurs cliniques, dans leur fonction d'animateur, est de s'assurer du maintien d'un climat sain. Tous les moyens seront mis de l'avant afin d'assurer pleinement ce rôle de médiateur. L'utilisation de l'humour est un des moyens qui assure le maintien de la complicité et permet de conserver l'ensemble des relations à un niveau satisfaisant. Le deuxième rôle des coordonnateurs cliniques est

celui de mettre en forme les contenus. En plus d'être des gestionnaires du climat, ils s'assurent de structurer l'information clinique qui est transmise par tous les intervenants. Pour être en mesure de savoir si l'information est comprise, l'animateur va questionner et inviter le client et le parent à se prononcer sur les différents éléments de réadaptation et à l'impliquer dans la discussion.

Les relations qu'ils entretiennent avec les intervenants, le client et le parent sont marquées par l'étiquette relationnelle. En ce sens qu'ils exigent que l'étiquette relationnelle soit appliquée dans les plans par tous les membres participant à la rencontre. L'étiquette relationnelle régit l'ensemble des relations entre les individus. Cela inclut les notions de respect, d'ouverture et d'écoute. La notion d'équipe est importante pour les coordonnateurs cliniques dans la mesure que le travail d'équipe renvoie au fait que les intervenants doivent travailler dans cet esprit lorsqu'ils sont devant le client et le parent. Les notions de cohésion, de concertation et de travail en équipe se retrouvent dans le discours des coordonnateurs cliniques.

Enfin, à la lumière de ces observations, ajoutons que la représentation sociale de la communication chez les coordonnateurs cliniques est de nature psychologique. En ce sens que les coordonnateurs cliniques sont davantage orientés vers les relations entre les individus que sur le contenu des plans d'intervention. Leur rôle en témoigne ainsi puisqu'il est, en partie, réservé au maintien du climat, ce qui fait référence à une bonne gestion des relations entre les individus qui participent au plan.

Définition des catégories du groupe des parents

Besoin au niveau du contenu. Les besoins au niveau du contenu réfèrent aux besoins d'être informés et à la liberté de pouvoir questionner. Également, le contenu renvoie à plusieurs dimensions comme la participation à l'échange et également en support (fonction d'éclaircissement) aux enfants lors des échanges. Les parents, lors des plans d'intervention, formulent le besoin de pouvoir prendre part au processus d'élaboration des objectifs de réadaptation de leur enfant. Les besoins relatifs au contenu signifient également que les parents recevront toute l'information, la plus claire possible, afin de comprendre l'état de leur enfant.

Tableau 20

Catégorie «Besoin au niveau du contenu»

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Besoin au niveau du contenu	Besoin d'être informé	<p>→ « je m'attendais à être informé et c'est ce qu'ils ont fait ça toujours été très clair depuis le début » (père, p.8)</p> <p>→ « peut-être qu'ils vont m'aider pis me donner certains trucs me dire quoi faire pour vraiment » (mère, p.7)</p>
	Question	<p>→ « c'est sûr que moi je vais poser la question » (mère, p.6)</p> <p>« c'est sûr que je vais poser des questions c'est sûr que je vais poser des questions » (mère, p.7)</p>
	Implication	→ « j'étais un rouage au même titre que les autres alors c'était intéressant pour ça j'étais considéré comme telle et je me comportais comme tel » (père, p.5)
	Échange constructif	→ « L'échange en tant que tel entre les différents intervenants même s'ils étaient au départ de milieux différents ils avaient tous le même but » (père, p.4)

Besoin au niveau du soutien. En plus d'exprimer des besoins se rapportant au contenu, les parents nécessitent également du soutien. Le soutien inclut l'établissement d'un bon lien de confiance, de l'appui tout au long du processus et le besoin d'être sécurisé. Le besoin au niveau du soutien ne se traduit pas seulement par le lien de confiance entre les intervenants et les parents mais également au niveau des clients et du climat de confiance ainsi que l'approche que les intervenants prennent soin d'instaurer dès le moment des interventions individualisées.

Tableau 21

Catégorie «Besoin au niveau du soutien»

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Besoin au niveau du soutien	Confiance	<p>« <i>quand je dis à mon garçon qu'on va aller voir la madame qui fait des beaux dessins il est pas oh non c'est oui pis lui aussi se sentait en confiance</i> » (mère, p.5)</p> <p>« <i>m'ont vraiment mis en confiance</i> » (mère, p.8)</p> <p>« <i>ils m'ont donné la confiance là à 100%</i> » (mère, p.9-10)</p>
	Appui	<p>« <i>ça l'a ((enfant)) peut-être aider à se remettre en confiance et ça je le crois qu'il lui on vraiment donné quelque chose</i> » (mère, p.5)</p> <p>« <i>je pense que je vais être vraiment backé en arrière de moi</i> » (mère, p.5)</p> <p>« <i>je me suis sentie [appuyé là-dedans] c'est ça</i> » (mère, p.12)</p>
	Sécurité	<p>« <i>c'est sûr que ça me sécurise</i> » (mère, p.11)</p> <p>« <i>les gens d'ici qui m'ont le plus sécurisé versus les spécialistes que j'ai pu voir</i> » (mère, p.13).</p>

Attentes communicationnelles. Les attentes communicationnelles viennent agir en aval de la représentation sociale (cf. Chapitre du cadre théorique, p.33 et suivantes). Tel que nous l'avons présenté dans le cadre théorique, il y a deux processus qui sous-tendent la formation des représentations sociales. Ces processus sont l'objectivation et l'ancrage. La formation de la représentation sociale se produit de façon individuelle lors de l'objectivation et se traduit sous forme d'attentes communicationnelles. Le deuxième processus par lequel une représentation se manifeste est lors de l'ancrage. Dans le cas présent, le processus d'ancrage se traduit par des situations et exemples concrets donnés dans un moment précis (ici les plans d'intervention) par les personnes rencontrées. Comme on le constate, les éléments présents lors de la formulation des attentes (processus d'objectivation) correspondent avec les expériences vécues (processus d'ancrage).

Tableau 22

Catégorie «Attentes communicationnelles»

Catégorie	Catégories provenant des entrevues	Codes	Énoncés se rapportant aux codes
Attentes communicationnelles	Besoin au niveau du soutien	Sentir backée →	« <i>pour moi ça peut fermer une page ça peut on tourne la page (...)je pense que je vais être vraiment backée en arrière de moi</i> » (mère, p.5)
		Donner des trucs de l'appui →	« <i>peut-être qu'ils vont m'aider pis me donner certains trucs me dire quoi faire pour vraiment</i> » (mère, p. 7)
	Besoin au niveau du contenu	Informations au niveau des objectifs →	« <i>ils vont probablement m'amener ce qui ont vu de de ce qu'ils ont ressorti de mon garçon</i> » (mère, p.6) « <i>nous avons des objectifs à atteindre</i> » (père, p.6)
		Recevoir de l'information →	« <i>je m'attendais à être informé et c'est ce qu'ils ont fait ça toujours été très clair depuis le début</i> » (père, p.8)

Aménagement. Mise en œuvre et orchestration de conditions facilitantes afin de favoriser la création d'une relation avec le parent ou le proche du client; dispositions matérielles et le lieu choisi pour effectuer certaines interventions. Les dispositions matérielles représentent tout le matériel mis à la disposition des intervenants afin d'octroyer des soins de qualité et adéquats aux besoins du client et du parent. Les dispositions humaines sont de l'ordre du professionnalisme et de la dimension humaniste des professionnels qui travaillent en réadaptation. Les dispositions structurelles sont le choix des lieux pour les évaluations et la disposition des salles d'évaluation.

Tableau 23

Catégorie «Aménagement»

Catégorie	Codes provenant des entrevues	Énoncés se rapportant aux codes
Aménagement	Lieu choisi	<p>« l'endroit où est-ce que ça a été choisi je trouve que c'est un endroit où est-ce qu'on était vraiment bien parce qu'on était pas comme dans un bureau mon gars était pas assis sur la chaise pis dire arrête tu bouges pas » (mère, p.3)</p> <p>« l'endroit où je suis entrée là je trouve qu'il y a une atmosphère dans ça t'a pas l'impression d'être à l'hôpital » (mère, p.8-9)</p>

Mise en Relation des Catégories du Groupe des Parents

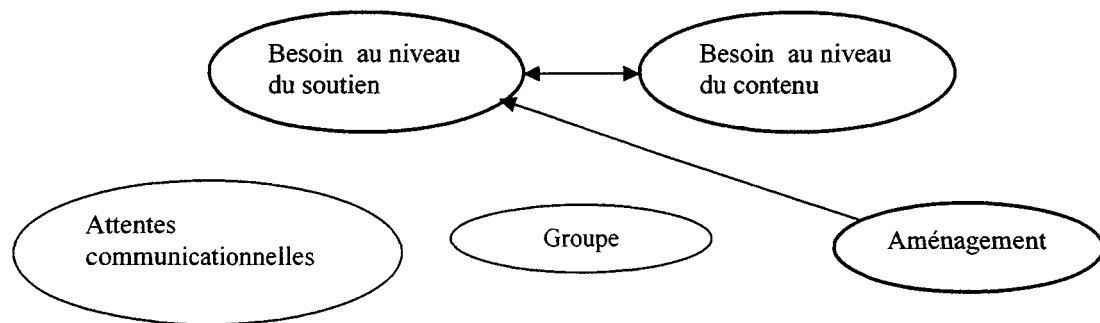


Figure 8 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des parents lors des interventions individualisées

La figure ci-dessus réfère aux catégories activées par les parents au moment des interventions individualisées. À ce moment, les parents sont peu présents mais tout un travail est effectué afin que ces derniers soient informés du déroulement des interventions. Cette information vient sécuriser le parent et le mettre davantage en confiance puisqu'il est directement informé et consulté à tous moments lors du processus. La catégorie de l'aménagement renvoie à la façon dont les rencontres individualisées sont orchestrées afin de créer un lieu qui n'intimidera pas le parent et qui va favoriser la mise en confiance et du parent et de l'enfant. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous l'avons mis en lien avec la catégorie du « besoin au niveau du soutien ».

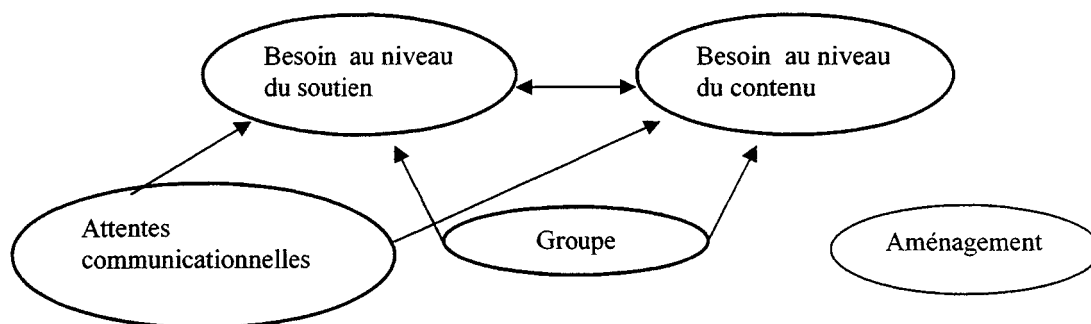


Figure 9 : Modèle mettant en relation des catégories du groupe des parents lors des plans d'intervention individualisés

La figure neuf illustre de façon concrète la mise en relation des catégories du groupe des parents. Tel que nous pouvons le constater pour ce groupe, deux catégories dominent les autres de par leur importance pour les parents. Elles se situent au niveau des besoins. Ce qui a été exprimé par les parents nous révèle que tout est concentré sur les besoins en matière de soutien et de contenu. Le besoin de soutien renvoie à l'idée que les parents ont besoin d'être sécurisés, d'être mis en confiance et de se sentir appuyés tout au long du processus. Lors des plans d'intervention, cela se traduit par une grande motivation à participer et à être considérés comme un membre du groupe. Le besoin au niveau du contenu réfère à l'idée que les parents désirent recevoir des informations.

Recevoir de l'information signifie que le parent doit être placé au même niveau afin de bien comprendre la réadaptation elle-même, mais cela vient également pallier le besoin de sécurité et de confiance qui est susceptible d'être comblé à ce moment par un niveau de connaissance de la situation semblable à celui des intervenants. La catégorie du « groupe » renvoie à l'ensemble des intervenants qui, à tour de rôle, donnent cette

information clinique concernant le processus de réadaptation. Pour le parent, le groupe représente sa participation au processus. Il a besoin de s'impliquer et de sentir comme un membre de ce groupe.

Enfin, la représentation sociale de la communication chez les parents, à la lumière de ce modèle, réfère à la conception systémique de la communication. Cette notion renvoie à l'idée que les parents vont s'adapter au système / organisation. Leur participation est de nature passive en ce sens qu'ils sont davantage des récepteurs d'information que des émetteurs. Ce à quoi ils s'attendent en matière de communication réfère à la notion de « *feed back* » des informations. Cela explique pourquoi la participation des parents est en partie orientée vers le questionnement. Ces derniers sont invités à poser beaucoup de questions et ils sont beaucoup questionnés.

Différences des Représentations Sociales

Les tableaux 24 et 25 suivants font une synthèse des différences que nous avons détaillées dans les pages précédentes sur les représentations sociales de la communication chez les groupes de participants.

Tableau 24

Synthèse des représentations sociales lors des plans d'intervention individualisés

Moments / rôle	Intervenants	Coordonnateurs cliniques	Parents
Plan d'intervention	Représentation mécanique de la communication	Représentation psychologique de la communication	Représentation systémique de la communication

Le tableau 24 présente la synthèse des représentations sociales de la communication lors des plans d'intervention individualisés chez les intervenants, les coordonnateurs cliniques et chez les parents. Tel que nous pouvons l'observer et tel que nous l'avons expliqué lors de la présentation des figures 5, 7 et 9. En effet, la représentation sociale de la communication chez les intervenants objective la communication comme un processus de groupe dans lequel les acteurs convoient des informations au bénéfice des participants dans le respect des expertises de chacun et du climat relationnel propre à rencontrer leurs attentes. La représentation sociale de la communication chez les coordonnateurs cliniques se fonde, elle, sur le maintien du climat dans l'équipe à travers une mise en relation appropriée des acteurs (étiquette relationnelle) et une mise en contenu également appropriée au récepteur (mise en forme du contenu). La représentation sociale de la communication chez les parents est centrée autour du

groupe, non pas comme processus à l'instar des intervenants mais comme acteur collectif dont ils attendent une satisfaction au niveau du soutien et de leur besoin de contenu. La représentation sociale de la communication chez les intervenants est davantage orientée vers une conception mécanique, celle des coordonnateurs cliniques vers l'aspect psychologique et enfin, celle du parent dans une conception plutôt systémique de la communication. De façon plus précise, le tableau de la page suivante présente le rôle de chacun en fonction du moment dans le processus d'intervention.

Tableau 25

Synthèse du rôle dans le processus de réadaptation en fonction du moment

Moments / rôles	Intervenants	Coordonnateurs cliniques	Parents
Interventions individualisées	Professionnels dans un domaine précis	Suivi au niveau du contenu des interventions (rôle de médiateur entre les intervenants et les conseillers d'autres instances	Non présents mais les intervenants assurent le suivi des interventions avec ces derniers
Discussions cliniques	Joue le rôle de l'intervenant au sein d'une équipe	Agit à titre de professionnel, aucune autorité reconnue	Non présents
Plan d'intervention	Experts dans la discipline / effectuent le compte rendu des interventions effectuées en interventions individualisés	Rôle d'animateur de la rencontre / agit à titre de gestionnaire du climat et effectue la mise en forme du contenu des informations	Agissent en soutien

Le tableau 25 présente la synthèse du rôle de chacun des groupes de participants en fonction du moment. Tout au long du processus de réadaptation, le rôle des individus change en fonction du moment dans lequel ils interviennent. Tel que nous avons pu le constater lors des étapes subséquentes, au moment des interventions individualisées, l'intervenant développe une relation de proximité avec le client, son rôle est alors celui d'expert. À ce rôle d'expert s'ajoute des capacités à entrer en relation avec le client et de développer une relation de confiance avec ce dernier. Le rôle de coéquipier lors des discussions cliniques renvoie au fait qu'il n'est pas l'expert dans l'ensemble du processus et qu'il doit se soumettre aux autres disciplines qui peuvent être

complémentaires. Il faut également que l'intervenant puisse savoir à quel moment sa discipline devient moins importante dans le processus de réadaptation. Dans son rôle de coéquipier, il doit faire l'effort de négocier lorsqu'il y a des zones grises ou quand les interventions se chevauchent. Cette négociation repose sur une capacité individuelle de l'individu à entrer en interrelation avec les autres. À ce moment, la discipline devient secondaire au profit d'un niveau interpersonnel plus présent. Le rôle de l'intervenant en est un d'expert lors du plan d'intervention. En ce sens qu'il possède l'information clinique dans sa discipline et il est le seul à pouvoir livrer ce contenu car ce dernier se rapporte précisément aux interventions réalisées individuellement avec le client. Lors des plans d'intervention, l'intervenant fait une prestation de ses observations.

Au moment des interventions individualisées, le coordonnateur clinique n'est pas présent, mais régulièrement il s'informe de l'avancement de la réadaptation et effectue le suivi avec les parents ainsi qu'avec les conseillers d'autres instances. Lors des plans d'intervention, le rôle des coordonnateurs cliniques est celui d'animateur. Il assure des fonctions de gestion du climat. Le bon déroulement de la rencontre repose en partie sur lui et sur sa capacité à effectuer une bonne gestion de l'émotivité et une mise en forme du contenu. Lors des discussions cliniques, le coordonnateur n'a aucune autorité et agit au même titre que les autres professionnels. Le fait d'assister à ces rencontres permet de comprendre et de voir comment les relations entre les intervenants s'organisent et en même temps, cela lui permet de s'approprier des éléments d'information clinique. Il s'assure que tous les intervenants collaborent et atteignent le consensus afin que tout soit

prêt pour le plan d'intervention. Son mode d'action est orienté vers la prise en charge individuelle et quand il y a un problème entre les intervenants.

En dernier lieu, lors des interventions individualisées, le parent est constamment informé sur l'état d'avancement de la réadaptation. Il y a un suivi qui est fait. À ce moment, le rôle du parent est de continuer avec l'enfant à la maison la réadaptation et ce qui est prescrit par les intervenants. Lors des plans d'intervention, le parent assume un rôle de soutien. Au besoin, il va être appelé à donner de l'information complémentaire par rapport au déroulement de la réadaptation à la maison. Il est impliqué au même titre que tous les autres participants, l'animateur va le questionner et va lui donner toute la latitude de pouvoir questionner en tout temps. Le parent ne participe pas au processus de réadaptation comme tel, il est appelé à venir donner des informations et à faire part de ses inquiétudes. Il n'a aucun pouvoir décisionnel, mais, il demeure tout de même le pilier de la rencontre en ce sens que l'ensemble des actions de réadaptation ne peut avoir lieu que si ce dernier endosse les objectifs établis par les intervenants.

Liens des Conceptions avec les Résultats

Nous avons défini précédemment les quatre principales conceptions de la communication. Dans cette section, nous effectuerons la mise en lien des indicateurs des conceptions avec les codes et catégories résultant de notre analyse.

Le groupe des intervenants

Au moment des interventions individualisées, les codes dominants pour les intervenants sont de l'ordre de la proximité avec le client. En ce sens que la relation et le lien de confiance s'établissent à ce moment bien précis. L'intervenant et le client se retrouvent seuls et un des rôles de l'intervenant est d'effectuer un suivi des interventions ou du moins offrir du soutien au parent. Même si les codes se rapportant à la catégorie du contenu sont dominants, nous assistons à un rapprochement entre l'intervenant et le parent. Les codes se rapportant à la catégorie « authenticité des relations » sont présents dans ce cas. Comme le parent nécessite du soutien (besoin du soutien), l'information transmise par l'intervenant viendra combler ce besoin. En effet, si le parent se sent suffisamment informé, il peut avoir l'illusion de contrôle et se sentir du même coup sécurisé.

Lors de discussions cliniques, les codes dominants du groupe des intervenants sont le transfert d'information, le bilan et la clarté. Le but de ces rencontres est le transfert d'information d'un intervenant (discipline) à un autre. La catégorie centrale à ce moment est le contenu.

Ce qui semble important, pour les intervenants dans les plans d'intervention individualisés, est que l'information qui est transmise soit claire. Le plan d'intervention

est le moment dans le processus de réadaptation qui permet de faire le bilan et le compte rendu des objectifs. Tout est centré sur l'information d'expert qui est donnée pour chacune des disciplines. L'information circule par sillon très sectorisé et dans une approche individuelle. Elle est destinée au coordonnateur clinique, qui lui à son tour, tentera de tester la compréhension du parent (orientation psychologique). La catégorie dominante du groupe des intervenants lors des plans d'intervention est le contenu.

À la lumière de ces observations, nous pouvons conclure à une conception mécanique de la communication chez les intervenants, lors de deux moments précis, c'est-à-dire, lors des discussions cliniques et lors des plans d'intervention individualisés. À ce niveau, nous avons démontré que les codes et la catégorie centrale de ce groupe à ces deux moments précis, correspondent avec les indicateurs précédemment identifiés et attribués à la conception mécanique de la communication. En ce qui a trait au moment des interventions individualisées, nous constatons qu'il y a la présence de deux conceptions, l'une mécanique et l'autre psychologique.

Le groupe des coordonnateurs cliniques

Au moment des interventions individualisées, le coordonnateur clinique n'est pas présent. Cependant, il est constamment mis au courant de l'avancement de la réadaptation par les intervenants afin qu'il puisse communiquer l'information au parent et assurer un suivi avec ce dernier. Il y a le développement d'une relation entre le coordonnateur clinique et le client, ainsi qu'avec le parent. Les codes dominants à ce moment sont la proximité et le niveau informel dans le contenu. La catégorie dominante se rapportant à ce groupe à ce moment est l'authenticité des relations.

Lors des discussions cliniques, les codes dominants pour coordonnateurs cliniques sont le travail d'équipe, le consensus, se rapportant ainsi à la catégorie centrale de l'authenticité des relations. À ce moment, le coordonnateur clinique n'agit qu'à titre d'observateur. Il prend le pouls des relations entre les intervenants et intervient s'il y a divergence entre les opinions ou problèmes interpersonnels.

Au moment des plans d'intervention individualisés, le coordonnateur clinique agit à titre d'animateur. Les codes dominants sont le climat, la participation, le respect, l'humour, la complicité et la catégorie centrale est « gestionnaire du climat ». Ce qui est dominant pour les coordonnateurs cliniques à ce moment, c'est le maintien d'un climat sain.

À la lumière de ces résultats, nous pouvons affirmer que la conception de la communication pour les coordonnateurs cliniques est psychologique. Tout le travail du coordonnateur clinique est orienté vers la dimension relationnelle de la communication pour laquelle il tente d'obtenir une similarité des opinions entre les participants. La plupart des codes et des catégories centrales correspondent avec les indicateurs dominants de cette conception.

Le groupe des parents

Lors des interventions individualisées, le parent est peu présent. Cependant, il y a un suivi constant qui est fait avec ce dernier. S'il a des questions, il peut se rapporter en tout temps soit à l'intervenant ou au coordonnateur clinique. Il y a une relation plus informelle et de proximité qui s'opère à ce moment précis. Les principaux codes se rapportent au besoin, et ce, à deux niveaux tant au niveau du soutien qu'au niveau du

contenu. Les catégories centrales à ce moment concernent l'expression d'un besoin de soutien et d'un besoin au niveau du contenu. Le besoin au niveau du contenu agira à titre complémentaire puisque si le parent se sent suffisamment informé, cela signifiera pour ce dernier qu'il bénéficie d'un bon soutien de la part de l'organisation. Le parent, en tant que participant va adhérer et participer au système. Nous aurons l'occasion de qualifier plus loin cette participation.

C'est le même phénomène qui se produit au moment des plans d'intervention individualisés. Le parent va adhérer en participant à la rencontre. Sa participation sera encore passive en ce sens qu'il est toujours le récepteur du message. Il va se mouler au système et adhérer au processus d'élaboration des objectifs. Il se sentira comme étant un rouage dans le processus, sa participation étant sollicitée. Cependant, il est davantage le récepteur et on le sollicitera pour approuver non pas pour négocier ou initier les paramètres d'intervention.

À la lumière de ces résultats, la conception de la communication pour le groupe des parents est de nature systémique. En effet, le parent exprimera ses besoins en terme de soutien et de contenu tout en adhérant par le fait même au système. Ses propres besoins passeront sous silence car il deviendra un participant, apportant sa caution, au même titre que les autres (du moins, c'est l'illusion qui est créée afin de faire adhérer ce dernier aux objectifs sans qu'il s'objecte à ce qui lui est proposé).

Complémentarité des Conceptions

Sans opposer diamétralement ces conceptions de la communication lors des plans d'intervention, il est opportun d'ajouter qu'au cours des moments qui composent le

processus de réadaptation, les conceptions deviennent complémentaires. En effet, le rôle premier de l'intervenant (conception mécanique orientée vers le contenu) est de donner de l'information clinique et effectuer le bilan des interventions. Pour le coordonnateur clinique (conception psychologique orientée vers la relation), sa fonction est de prendre cette information clinique et effectuer sa mise en forme pour la rendre intelligible tout en assumant une fonction de gestionnaire du climat afin qu'il n'y ait aucune interférence dans le canal (locus de la communication pour la conception mécanique). Son rôle est de gérer les relations et le climat. Pour le parent (conception systémique orientée vers la relation), l'expérience du plan d'intervention en est une d'adaptation dans laquelle il trouve une place (qu'il doit prendre) et une latitude pour exprimer son besoin de contenu et poser des questions. Le besoin au niveau du soutien est déjà comblé au cours des interventions individualisées. Il se peut donc que le parent ne ressente pas aussi fortement ce besoin et se rend bien compte que le plan d'intervention n'est que le lieu formel pour la validation des objectifs de réadaptation tout se jouant avant, en coulisse de façon informelle (moments préparatoires au plan d'intervention). C'est d'ailleurs ces notions de coulisses et de scène que nous aborderons dans le chapitre de la discussion.

Co-orientation des Représentations Sociales de la Communication

À partir des différentes conceptions (mécanique, psychologique et systémique) identifiées précédemment (*cf.* Chapitre du cadre théorique, p. 33 et suivantes) chez les groupes, il se dégage un moment dans le processus de réadaptation (interventions individualisées, discussions cliniques et plans d'intervention individualisés) où il y a

correspondance entre les représentations (fondées sur ces conceptions) par rapport à l'emphase que chacune met sur la relation ou le contenu.

Tout d'abord, rappelons l'orientation de chaque conception de la communication. Pour la conception mécanique, il s'agit d'une orientation vers le contenu, pour la conception psychologique, le tout s'oriente vers le maintien de la relation par le biais de la similarité des contenus et pour le système c'est également sur la relation que l'emphase est mise mais par le biais de l'adaptation aux contraintes du système. Nous avons attribués précédemment une conception de la communication spécifique (dans les plans d'intervention) pour chaque groupe. Pour les intervenants, il s'agit d'une conception mécanique donc orientée vers le contenu, pour les coordonnateurs cliniques, il s'agit d'une conception plutôt psychologique, mettant ainsi l'emphase sur la relation et pour les parents, il était question de la conception systémique, donc, orientée vers le maintien de la relation par l'adaptation. Nous devons également revenir sur le fait que le processus de réadaptation compte trois moments importants; les interventions individualisées, les discussions cliniques et le plan d'intervention individualisé.

Dans cette section, nous allons faire pour chaque groupe le lien entre l'orientation de chacune de leur conception et les trois moments identifiés dans le processus de réadaptation.

Nous présentons dans cette section les deux moments où les trois groupes de participants oeuvrent ensemble, c'est-à-dire, lors des interventions individualisées et lors des plans d'intervention individualisés. Au moment des interventions individualisées, les intervenants, le coordonnateur clinique et le parent ont tous la même orientation, où

l'emphase est mise sur la relation. Il existe une forte co-orientation des représentations sociales. À ce niveau, les intervenants développent une relation de proximité avec le parent. Plus encore, le contenu divulgué par les intervenants viendra sécuriser le parent. Le coordonnateur clinique va également développer ce même type de relation. Le parent quant à lui a un besoin de soutien (relation) et ce besoin va se traduire et être comblé par un suivi presque instantané des interventions. Ce suivi est assuré par le coordonnateur clinique et même les intervenants peuvent assumer ce rôle. Au cours du plan d'intervention, le niveau relationnel est toujours présent chez les parents et le besoin en terme de contenu est également exprimé. Le niveau contenu est présent en second plan pour les coordonnateurs cliniques qui assurent en premier lieu une mise en forme de ce contenu. Et pour les intervenants, le plan est exclusivement réservé au contenu et la relation est évacuée.

Discussion

L'objectif de ce mémoire était de partir de la pratique concrète de la communication lors de l'intervention en déficience physique pour remonter aux représentations sociales de la communication en amont des pratiques afin de vérifier dans quelle mesure les représentations diffèrent (au niveau de la structure et des composante de cette dernière) et divergent au niveau de leurs orientations (emphasis sur les éléments). Cet objectif a été atteint dans la mesure où nous avons, en premier lieu, identifié les représentations sociales de la communication chez les participants aux plans d'intervention, et dans la mesure où nous les avons également identifiés à deux autres moments qui ont semblé importants pour les participants puisqu'ils en ont fait mention lors des entrevues. Cela nous a conduit à prendre en considération ces trois moments comme faisant partie en quelque sorte du système d'intervention et du processus entourant la réadaptation.

Outre la description que nous allons faire de l'importance de ces moments, ce chapitre se donne quatre objectifs. Il s'agit d'abord de faire un retour sur le cadre théorique et les propositions que nous avons amenées sur les représentations sociales concernant leurs différences, leur complémentarité ou cohérence d'ensemble et leur divergence / convergence afin de les arrimer aux résultats présentés dans le chapitre précédent. Ensuite, puisque les représentations sociales que nous avons extraites de la pratique du plan d'intervention sont des représentations ou des images de la communication, nous allons discuter de la conception de la communication sur laquelle est fondée chacune des trois représentations exhibées par les groupes de participants. Ayant par ailleurs constaté que le plan d'intervention n'était pas un événement indépendant et autonome, il s'avère important de le replacer dans le contexte des autres moments desquels il dépend. Notre

discussion sur le contexte du plan d'intervention va se servir de la notion de Goffmanienne de mise en scène. (Nizet & Rigaud, 2005) pour peindre le plan d'intervention comme une mise en forme (formalité) où va se montrer, pour le bénéfice des participants, la rationalité ou le bien-fondé de ce qui a été entrepris depuis le début. Nous concluons enfin ce chapitre sur une discussion à propos des retombées théoriques ainsi que sur les forces et les faiblesses méthodologiques de la démarche que nous avons adoptée dans cette recherche.

Retour sur les Propositions du cadre théorique

Nous nous rappelons que la première proposition était à l'effet que les représentations sociales de la communication pouvaient être complémentaires à l'intérieur du plan d'intervention. La seconde proposition suggérait l'idée que malgré la divergence des conceptions sous-jacentes aux représentations sociales de la communication, les groupes impliqués dans le plan pouvaient coopérer dans la mesure où les représentations et leurs conceptions avaient une orientation commune (co-orientation). La troisième proposition affirmait que les représentations sociales influençaient les interactions entre les participants au plan d'intervention.

Nous avons avancé l'idée que, parmi d'autres conditions possibles de la coopération nécessaire au plan d'intervention, l'orientation commune des représentations de la pratique, c'est-à-dire la communication, était l'une d'elle. Nous nous attendions certes à trouver des représentations sociales de la communication différentes en fonction des groupes de participants. C'est ce que nos résultats nous ont effectivement montré. Mais en dépit de ces différences au niveau de la structure des représentations, celles-ci

pouvaient, par contre, converger et se compléter. Les représentations sociales convergeaient au niveau de leur orientation, c'est-à-dire de l'emphase que chacune mettait sur la relation ou le contenu dans les différents moments de la communication du système d'intervention. Elles pouvaient par ailleurs se compléter au niveau de la cohérence d'ensemble (complémentarité), c'est-à-dire la mesure où elles s'emboîtent et se répondent les unes aux autres.

Nous voulons débiter cette discussion sur les conditions susceptibles de favoriser la coopération entre les participants en abordant d'abord la question de la cohérence entre les représentations et incidemment des rôles des participants, c'est-à-dire des modèles de conduite associés à chacun des groupes de participants (intervenants, coordonnateur clinique et parent). Le maintien de la cohérence des représentations sociales différenciées par des rôles prescrits par le système d'intervention forme les conditions structurelles de la coopération.

Les conditions structurelles sont mises en place par l'organisme lui-même. C'est l'organisme qui en effet détient les ressources pour satisfaire aux exigences de l'intervention et pour les mettre en branle, il détermine lui-même le cadre normatif qu'il trouve conforme.

Ce cadre fait en sorte que chaque personne qui participe au plan d'intervention connaît son rôle et se contente de le jouer. Pour les intervenants, leur rôle est de faire le bilan des interventions, pour le coordonnateur clinique, son rôle est d'effectuer le lien avec le client et le parent et pour le parent, c'est de recevoir ce que les intervenants (experts) et le coordonnateur (médiateur) livrent comme contenu. Dans ce cadre, le

parent est un participant passif. Ce cadre organisationnel imposé par l'organisme fait en sorte que la communication est régulée et orchestrée seulement en fonction de ces rôles. Les règles de communication entre les intervenants et les coordonnateurs cliniques sont, quant à elles, bien établies lors de moments préparatoires avant d'entrer dans le plan d'intervention. Ces moments concernent les interventions individualisées, les discussions cliniques et enfin le plan d'intervention lui-même. Il en a d'ailleurs été question dans le chapitre des résultats.

On aurait pu penser que la coopération et le partenariat pouvaient être laissés au bon vouloir et à la bonne volonté des participants qui, premièrement, seraient à même de voir que leurs intérêts sont mieux servis par la collaboration des uns avec les autres. Ce que nous voyons ici c'est que les conditions structurelles favorisent une coopération par la formalisation des rôles, permettant ainsi une plus grande cohérence entre eux. Cette formalisation du processus des échanges s'ajoute par ailleurs à la formalisation des contenus (les paramètres du document) qui donne finalement au plan d'intervention des allures d'une communication plutôt centralisée. Il est difficile d'avoir, dans ces conditions une véritable participation (initier librement les échanges et aborder les contenus qu'on souhaite). Ce que l'organisme gagne en cohérence grâce aux conditions structurelles formalisantes, il le perd en participation. Mais la question peut se poser comme nous aurons l'occasion de l'aborder, de savoir si le plan d'intervention est effectivement la place ou le moment de la participation ou plutôt celui de l'exposition ou de l'affichage de la rationalité des actions qui ont été entreprises.

Nous avons proposé et montré que les représentations sociales de la communication chez les groupes de participants au plan sont différentes. À cet effet, le tableau 25 (*cf.* p. 154) illustre le fait que les représentations sociales de la communication chez les groupes impliqués sont différentes (au niveau de la structure), de par la différence entre leurs composantes et par les relations entre ces dernières. Pour illustrer cette différence, par exemple, les figures du groupe des intervenants contiennent des éléments se rapportant au contenu, à l'étiquette fonctionnelle, à l'étiquette relationnelle et au groupe. Les relations entre ces composantes (l'orientation des flèches) démontrent qu'ils ne s'influencent pas de la même façon que pour le groupe des coordonnateurs cliniques. Pour ces derniers, les relations sont davantage orientées vers la catégorie « gestionnaire du climat » et « mise en forme du contenu » plutôt que vers la catégorie « groupe » ou « contenu » pour les intervenants. Enfin, en ce qui a trait au groupe des parents, nous pouvons voir que les composantes diffèrent des deux autres groupes. Les catégories sont l'aménagement, le besoin au niveau du soutien et du contenu et l'authenticité des relations. Les relations entre ces catégories sont spécifiquement articulées autour de la catégorie « besoin » chez les parents. Ainsi le contenu est central pour les intervenants, le climat pour les coordonnateurs et le besoin pour les parents.

Nous avons également montré que les représentations sociales de la communication pouvaient être divergentes, une faisant référence à la conception plutôt mécanique de la communication, l'autre davantage psychologique et la dernière à l'aspect systémique de la communication (*cf.* p. 157).

Le fait que les représentations sociales puissent être différentes et / ou divergentes tient du contexte d'émergence de ces représentations sociales. Tel que nous l'avons présenté dans le cadre théorique (*cf.* p 32), ces contextes sont idéologique et discursif. Le contexte idéologique (l'organisation) et la place occupée par la personne (ici son rôle), interviennent dans l'émergence d'une représentation sociale. En effet, le rôle que chaque personne ou groupe occupe au sein des plans d'intervention et des moments préparatoires vont favoriser chez ce dernier l'émergence d'un type précis de représentation. Le second contexte d'où émergent les représentations sociales de chaque personne est discursif. Le contexte discursif renvoie au fait que c'est à travers le discours des personnes (de la formulation de leurs expériences individuelles et collectives tel que nous l'avons recueilli dans nos entrevues par exemple) que nous pouvons découvrir leurs représentations sociales. L'organisation a en effet prévu des rôles complémentaires dans le déroulement du plan d'intervention mais le discours tenu par les participants a eu tendance à diverger au niveau de l'insistance que chaque groupe avait tendance à mettre sur des éléments précis. Ainsi les coordonnateurs cliniques semblaient parler davantage du climat et s'attardaient plus sur la compréhension tandis que les parents parlaient plus de sécurité et du soutien; les intervenants insistaient pour leur part sur les objectifs et la délivrance d'un contenu clinique précis.

La deuxième proposition que nous avons faite, avançait l'idée qu'il était possible pour les groupes impliqués de travailler ensemble même si leurs représentations sociales de la communication se fondaient sur des conceptions divergentes de la communication. En effet, même si les représentations sociales de la communication de chaque groupe sont

divergentes, elles sont susceptibles de devenir complémentaires (*cf.* p. 160) lorsqu'elles sont collectivement vécues. La théorie des représentations sociales (*cf.* p. 33 et suivantes), propose que la pratique sociale ou collective du sujet est au cœur de la formation d'une représentation sociale. Les actions individuelles de chaque personne répondent à des normes institutionnelles (ici de l'organisation). Dans le cas présent, les pratiques des intervenants, des coordonnateurs cliniques et celles des parents correspondent au rôle et à la place occupée par chacun dans l'organisation de l'intervention.

La troisième proposition que nous avons faite avançait l'idée que les représentations sociales pouvaient influencer les interactions au sein d'un groupe. En effet, comme nos analyses l'ont montré, le groupe d'appartenance des individus et le rôle de chacun font en sorte que la communication correspond au rôle institutionnel assigné au groupe dans l'intervention. Ainsi par exemple, pour les intervenants, la communication est plutôt centrée sur le dévoilement d'informations cliniques, pour le coordonnateur clinique, sa communication est davantage orientée vers le maintien d'une relation saine au sein du groupe et pour le parent, la communication est orientée vers l'expression de besoins (en termes de soutien et de contenu) et elle est adaptative. Comme les représentations sociales sont distinctes d'un groupe à l'autre et comme nous avons pu le voir dans l'analyse, elles deviennent complémentaires dans l'organisation des interactions (*cf.* p. 160). Cette complémentarité va influencer le comportement communicationnel de chacun et va également permettre aux gens de travailler ensemble de façon plus efficace ou cohérente.

Retour sur les Conceptions de la Communication dans les Représentations Sociales de la Communication

Les trois conceptions de la communication, tel que nous les avons montrées dans les plans d'intervention, divergent et diffèrent de par leur nature même. Les problèmes de communication qui peuvent exister et les insatisfactions de certains groupes à l'égard d'autres groupes découlent entre autres de ces divergences. Pour les intervenants, ce qui est dominant c'est une conception de la communication plutôt mécanique, pour les coordonnateurs cliniques, elle est davantage de nature psychologique et pour le parent, elle est systémique. Il est à noter que le parent exprime davantage ses besoins en terme de soutien. Le système en lui-même ne pouvant répondre à ce besoin lors des plans d'intervention puisque les groupes impliqués à ce moment et le bien-fondé de ces rencontres ne sont pas orientés vers le soutien et l'aspect relationnel. C'est alors à un autre moment que le parent peut bénéficier du soutien qu'il demande. Tel que nous l'avons montré au chapitre des résultats (*cf.* p. 161), le fait qu'il y ait une co-orientation des conceptions à un moment précis dans le processus de réadaptation (lors des interventions individualisées) vient combler ce besoin de soutien.

Le parent se retrouve également sécurisé par le contenu. En effet, l'information et le suivi constant des interventions avec le parent combler le besoin de soutien du parent. Il se sent en confiance et en sécurité, car il détient l'information concernant la réadaptation de son enfant au même titre que les membres du groupe (intervenants et coordonnateur clinique). Même s'il arrive que le parent ne bénéficie pas d'une réelle empathie de la part du groupe d'intervenants et du coordonnateur clinique, il trouvera quand même des

éléments sécurisants dans le contenu qui lui est livré, vu l'accessibilité des informations, l'ouverture et la disponibilité des membres du groupe à son égard. En tout temps, le parent est appelé à poser des questions et à faire part de ses inquiétudes. Ce besoin de soutien est alors comblé par l'information qu'il reçoit de la part des intervenants. C'est également pour cette raison que le plan d'intervention est vidé de toute émotivité et qu'il y a un animateur pour gérer le climat. Ce moment n'est pas destiné à répondre à ce besoin au niveau du soutien tel qu'exprimé par le parent, puisqu'il a été comblé en coulisse. Nous abordons cette notion de coulisse et de scène dans la prochaine section.

Le Plan d'Intervention : Une Façade?

Dans cette section, nous abordons le plan d'intervention à travers les notions de scène et de coulisse afin de donner une perspective aux trois moments identifiés dans la communication du plan d'intervention. Les groupes impliqués dans le processus de réadaptation sont considérés comme des acteurs. Les acteurs font partie d'un groupe qui fait une prestation au participant (public) et doivent compter « sur la bonne conduite des différents partenaires, sur leur solidarité, tout en proposant une façade de familiarité avec le public. » (Nizet & Rigaux, 2005, p.29). La scène représente le plan d'intervention puisqu'il est désigné comme étant le moment formel où se déroule « la représentation » (Nizet & Rigaux, 2005, p.30). Les coulisses remplissent différentes fonctions comme « examiner attentivement la façade de chaque membre de l'équipe et la rectifier si nécessaire, où l'on peut éduquer les membres défaillants de l'équipe, abandonner la façade (...) » (Nizet & Rigaux, 2005, p.30). Nous attribuons le lieu des

coulisses aux moments préparatoires d'avant-plan d'intervention, c'est-à-dire, lors des interventions individualisées et au moment des discussions cliniques.

La scène (plan d'intervention) est le moment formel où se déroule la prestation des acteurs. Le moment formel signifie dans le cas présent, que ce moment est obligatoire et prescrit par l'organisation et qu'il est l'aboutissement dans le processus de réadaptation. Tel que nous l'avons abordé un peu plus haut dans cette section, lorsque les acteurs arrivent au plan d'intervention, le contenu des objectifs est déjà convenu et a déjà été débattu lors des discussions cliniques entre les intervenants et le coordonnateur clinique. Le « plan de match » pour la prestation a même déjà été discuté entre les intervenants et les coordonnateurs au moment des discussions cliniques. Le parent est lui-même déjà informé en ce qui a trait à l'évolution de la réadaptation de son enfant car le coordonnateur clinique et les intervenants assurent un suivi avec ce dernier. Il en est de même pour les membres d'autres instances comme les conseillers en réadaptation de la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ) et ceux de la Commission de la Santé et de la Sécurité au travail (CSST), qui connaissent le dossier et les objectifs de réadaptation car ils en ont été informés par le coordonnateur clinique. Tout se joue donc avant le plan c'est-à-dire dans les coulisses.

D'un point de vue communicationnel, plus nous avançons dans le processus de réadaptation et plus la communication devient formelle, la formalité des contenus faisant référence au fait que les contenus sont livrés et tous les participants au plan d'intervention en sont témoins. Lors des interventions individualisées et lors des discussions cliniques (et même entre ces moments), la communication est plutôt de

nature informelle car ces moments ne sont pas reconnus par l'organisation (aucune légitimité de ces moments) comme faisant partie du processus décisionnel même si une partie des décisions est prise lors de ces moments. Le plan d'intervention devient alors une façade, une prestation afin de démontrer au public que le travail a été réalisé.

Enfin, en ce qui a trait à la notion d'équipe / groupe, nous avons d'un côté le coordonnateur clinique qui reconnaît l'importance du travail d'équipe et la cohésion de l'équipe, nous avons les intervenants qui considèrent avoir une certaine cohésion d'équipe, mais tel que nous l'avons découvert lors de l'analyse, la dynamique en est une de groupe. La prestation des intervenants se fait de façon disciplinaire et individualisée. Les processus de prise de décision et l'atteinte du consensus en ce qui concerne les objectifs de réadaptation ne se font pas lors du plan d'intervention mais avant. Or, nous pouvons voir que l'équipe existe à d'autres moments, mais la dynamique et le bien-fondé des actions individuelles lors du plan d'intervention réfèrent à une dynamique de groupe. Cela démontre une fois de plus que le plan d'intervention est une façade et que les coulisses sont le lieu où tout se joue.

Retombées Théoriques de la Recherche

Notre démarche a servi à apporter des éléments d'explication concernant la communication dans le travail en plan d'intervention. Nous pensons qu'une réflexion quant au bien-fondé des plans d'intervention serait appropriée, ne fut-ce qu'en ce qui a trait à sa relativisation dans le système d'intervention. Cette réflexion pourrait contribuer à l'amélioration des autres processus (ou moments) dans le système d'intervention.

Au niveau théorique, nous avons pu découvrir trois représentations sociales de la communication, sujet encore inexploré malgré la multitude des études menées sur les représentations sociales. L'attention dans des recherches futures et d'un point de vue théorique devrait porter selon nous sur l'importance du rôle de l'intermédiaire (coordonnateur clinique) et de sa représentation de la communication dans la médiation.

À travers l'ensemble de la démarche que nous avons menée, nous avons découvert à quel point le rôle de l'intermédiaire (médiateur, pivot) pouvait être important pour l'ensemble du processus de réadaptation. Il serait opportun de poursuivre pour découvrir les compétences communicationnelles précises susceptibles d'aider cette fonction dans le système d'intervention. D'un point de vue théorique, nous avons vu que la conception de la communication, sous-jacente à la représentation, est psychologique pour l'intermédiaire. Il serait alors intéressant et tout indiqué de se pencher sur les conditions qui permettent à l'intermédiaire d'équilibrer les préoccupations quant à la relation avec celles liées au contenu ainsi que celles qui lui facilitent l'établissement de la similarité entre les participants.

Forces et Faiblesses

Forces

Une des forces de cette recherche est l'utilisation d'un cadre théorique bien élaboré qui nous a permis ainsi l'interprétation et la mise en lien de nos résultats avec ce dernier. L'exhaustivité et l'ampleur de la théorie des représentations sociales nous ont conduit à une analyse plus riche. Enfin, nous avons utilisé un cadre interprétatif systématique suffisamment synthétique (conceptions de la communication et mise en scène de

Goffman) qui nous a permis d'élaborer plus avant les résultats de notre recherche. Nous pensons que l'utilisation de ce cadre valide davantage les principales conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

Faiblesses

Au niveau des entrevues et des groupes, nous constatons que ce ne sont pas l'ensemble des membres d'un groupe en particulier qui parlaient des mêmes éléments; il est dans ces conditions difficile de déterminer si la représentation sociale reflète la réalité telle qu'elle est vécue par l'ensemble des membres du groupe. Les résultats sont ainsi difficilement généralisables compte tenu de cette hétérogénéité dans le discours des membres. L'accessibilité des parents est un autre élément faisant partie des faiblesses de la présente démarche. Cela concerne la difficulté d'avoir leur participation. Pour les parents, lorsque le processus de réadaptation est en cours, il est parfois mal aisé d'aborder certains sujets vu l'état de leur enfant et quand le processus est terminé, ils manifestent le besoin et le désir de tourner la page. Revenir sur le processus ramène en mémoire des souvenirs qui ne sont pas nécessairement souhaités et agréables pour ces derniers.

D'un point de vue méthodologique, les critères de validité interne sont parfois difficilement intégrables lors de démarches qualitatives. La prise en compte de la subjectivité humaine est un premier élément dans les processus inductifs, et la distanciation du chercheur avec l'objet de recherche est parfois une tâche difficile. Le deuxième élément en ce qui a trait à la méthode retenue, concerne l'assise interprétative de la démarche. Celle-ci peut dériver si elle n'est pas encadrée par une procédure

rigoureuse comme celle que nous avons expérimentée à travers l'analyse qualitative de contenu par théorisation.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de partir de la pratique concrète de la communication lors de l'intervention en déficience physique pour remonter aux représentations sociales de la communication en amont des pratiques afin de vérifier dans quelle mesure les représentations diffèrent (au niveau de la structure et des composante de cette dernière) et divergent au niveau de leurs orientations (emphasis sur les éléments). Cet objectif a été atteint dans la mesure où nous avons, en premier lieu, identifié les représentations sociales de la communication chez les participants aux plans d'intervention, et dans la mesure où nous les avons également identifiés à deux autres moments qui ont semblé importants pour les participants puisqu'ils en ont fait mention lors des entrevues. Cela nous a conduit à prendre en considération ces trois moments comme faisant partie en quelque sorte du système d'intervention et du processus entourant la réadaptation.

Sujet encore inexploré malgré la multitude des études menées sur les représentations sociales, cette étude nous aura démontré qu'il était incontournable de s'intéresser à ces dernières pour la compréhension des conditions qui permettent aux individus de travailler ensemble malgré des différences marquées. Nous avons découvert que malgré les différences et les divergences, elles peuvent être complémentaires en fonction du rôle de chacun.

Nous avons également établi un moment important pour la satisfaction des participants; moment pour lequel il y a une co-orientation des conceptions. En effet, lors des interventions individualisées, l'emphasis des éléments pour les trois groupes de participants est mise sur la relation. C'est donc à ce moment que le besoin de soutien du parent est comblé. C'est également à ce moment que les trois groupes de participants sont orientés vers le même élément, c'est-à-dire, l'aspect relationnel de la

communication. Nous avons également ouvert la voie pour l'étude du rôle d'intermédiaire joué par le coordonnateur clinique. Il serait intéressant de poursuivre pour découvrir à quel niveau ce rôle pivot est vital dans le système d'intervention. Il serait également intéressant et tout indiqué de se pencher sur la représentation sociale de la communication des coordonnateurs cliniques qui est de nature psychologique et sur la conception de la communication qui sous-tend cette dernière. Tel que nous l'avons découvert, elle est nécessaire pour le travail en équipe en tant qu'élément régulateur de la communication et pour le maintien des relations et de l'équilibre tout entier du système d'intervention.

Références

- Abric, J-C. (2001). *Pratiques sociales et représentations* (3^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Abric, J-C. (2001). *Les représentations sociales: aspects théoriques*. Dans J-C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (3^e éd.) (pp. 10-36). Paris : Presses universitaires de France.
- Abric, J-C. (2001). *Méthodologie de recueil des représentations sociales*. Dans J-C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (3^e éd.) (pp. 59-82). Paris : Presses universitaires de France.
- Abric, J-C. (2003). *L'analyse structurale des représentations sociales*. Dans S. Moscovici & F. Buschini (dir.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 375-392). Paris : Presses universitaires de France.
- Akoun, A., & Ansart, P. (1999). *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Éditions du Seuil.
- Anton, C. (1999). Beyond the Constitutive – Representational Dichotomy: The Phenomenological Notion of Intentionality. *Communication Theory*, 9 (1), 26-57.
- Aubry Fischer, B. (1980). *Small Group Decision making: Communication and the Group Process*. New York: McGraw-Hill.
- Bauer, M.W., & Gaskell, G. (1999). Towards a Paradigm for Social Research on Social Representation. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22 (2), 163-186.
- Beaud, J-P. (2003). *L'échantillonnage*. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données* (4^e éd.) (pp. 211-242). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Boisvert, D. (dir.) (1990). *Le plan de services individualisé; Participation et animation*. Ottawa : Édition Agence d'ARC.
- Boisvert, D. & Ouellet, P-A. (1990). Une équipe de travail dynamique. Dans D. Boisvert (dir.), *Le plan de services individualisé; Participation et animation* (pp. 106-132). Ottawa : Édition Agence d'ARC.
- Bouchard, J., Talbot, L., Pelchat, D., Boudreault, P. (1996). Les parents et les intervenants, où en sont leurs relations? *Apprentissage et socialisation*, Vol. 17, no.3, pp. 41-48.
- Boutet, M. (1990). *De l'évolution des droits et des services*. Dans D. Boisvert (dir.), *Le plan de services individualisé; Participation et animation* (pp. 12-32). Ottawa : Édition Agence d'ARC.

- Brinson, S L., & Winn, J. E. (1997). Talk's Shows' Representation of Interpersonal Conflicts. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*. 41 (1), 25-40.
- Centre de réadaptation InterVal, Site du Centre de réadaptation InterVal, [en ligne]. <http://www.centreinterval.qc.ca/index.html>. (Page consultée le 7 février 2005).
- Côté, R.L. (1990). *Guide d'élaboration des plans de services*, Québec, Département de psychopédagogie, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval.
- Crête, J. (2003). *L'éthique en recherche sociale*. Dans B.Gauthier (dir.), *Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données* (4^e éd.) (pp.243-264). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative; Guide pratique*. Montréal : Chenelière / McGraw-Hill.
- Deslauriers, J-P. & Kérisit, M. (1997). *Le devis de recherche qualitative*. Dans Poupart et al, *La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.85-112). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Despins, S. (1990). Des services planifiés. Dans D. Boisvert (dir), *Le plan de services individualisé; Participation et animation* (pp. 58-76). Ottawa : Édition Agence d'ARC.
- Doise, W. (2003). *Attitudes et représentations sociales*. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (7^e éd.) (pp. 240-258). Paris : Presses universitaires de France.
- Farr, R.M. (1984). *Les représentations sociales*. Dans S. Moscovici (Éd), *Psychologie sociale* (pp. 380-389). Paris : Presses universitaires de France.
- Flament, C. (2001). *Structure, dynamique et transformation des représentations sociales*. Dans J-C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (3^e éd.) (pp. 37-58). Paris : Presses universitaires de France.
- Gauthier, B. (dir.) (2003). *Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données* (4^e éd.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec, *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, L.R.Q., c. E-20.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, extraits des articles 45-51.

- Gouvernement du Québec. (2003). *La problématique du plan de services de la personne. État de la situation dressé par l'Office des personnes handicapées du Québec. Rapport disponible en ligne :*
http://www.ophq.gouv.qc.ca/Publications/M_Publications.htm
- Halfacree, K.H. (1995). Talking about Rurality: Social Representation of the Rural as Expressed by Residents of six English Parishes. *Journal of Rural Studies*, 11 (1), 1-20.
- Huguet, P., Latane, B. & Bourgeois, M. (1998). The Emergence of a Social Representation of Human Rights via Interpersonal Communication: Empirical Study for the Convergence of two Theories. *European Journal of Social Psychology*, 28 (5), 831-846.
- Jodelet, D. (1984). *Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie*. Dans S. Moscovici, (Éd.), *Psychologie sociale* (pp. 358-378). Paris : Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (dir.) (2003). *Les représentations sociales* (7^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2003). *Aperçus sur les méthodologies qualitatives*. Dans S. Moscovici & F. Buschini (dir.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 139-160). Paris : Presses universitaires de France.
- Krone, Kathleen J., Jablin, Frederic M., Putnam, Linda L. (1987). *Communication Theorie and Organizational Communication: Multiple Perspectives*. Dans F. M. Jablin et al (dir.), *Handbook of Organizational Communication : An Interdisciplinary Perspectives* (pp. 18-40). Newbury Park : Sage Publications.
- Laperrière, A. (1997). *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives*. Dans J. Poupart et al, *La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-387). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Laperrière, M. & Lachapelle, R. (1990). Évaluer le plan de services et le consensus. Dans D. Boisvert (dir.), *Le plan de services individualisé; Participation et animation* (pp. 188-205). Ottawa : Édition Agence d'ARC.
- Lievrouw, L.A. (1990). Communication and the Social Representation of Scientific Knowledge. *Critical Studies in Mass Communication*, 7(1), 1-10.
- Lievrouw, L.A. (1992). Communication, Representation, And Scientific Knowledge : A Conceptual Framework and Case Study. *Knowledge and Policy*, 5 (1), 6-28.

- Littlejohn, S.W. (1998). *Theories of Human Communication* (3^e éd.). Belmont, California: Wadsworth Publishing Compagny.
- Manusov, V. (1992). Mimicry or Synchrony: The Effect of Intentionality Attributions for Nonverbal Mirroring Behavior. *Communication Quarterly*, 41 (1), 69-83.
- Markova, I. (2001). Dialogical Perspectives of Democracy as Social Representation. *Critical Studies*, 16 (1), 125-139.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). *The Phenomenon of Social Representation*. Dans R.M. Farr et S. Moscovici (Eds.), *Social Representation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S., Doise, W. (1992). *Dissension et consensus Une théorie générale des décisions collectives*. Paris : Presses universitaires de France.
- Moscovici, S., & Buschini, F. (dir.) (2003). *Les méthodes des sciences humaines*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mucchielli, A. (dir.) (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (2^e éd.). Paris : Armand Collin.
- Mugny, G., Carugati, F. (1985). *L'intelligence au pluriel : les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset : DelVal.
- Nizet, J., Rigaux, N. (2005). *La Sociologie de Erving Goffman*. Paris : La Découverte.
- Pàes, D., Echebarria, A., & Valencia, J. (1991). Aids Social Representations; Contents and Processes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 89-104.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 148-181.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayers, R., & Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Roy, S.N. (2003). *L'étude de cas*. Dans B.Gauthier (dir.), *Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données* (4^e éd.) (pp.159-184). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Savoy-Zacj, L. (2003). *L'entrevue semi-dirigée*. Dans B.Gauthier (dir.), *Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données* (4^e éd.) (pp.159-184). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Stern, P.C. (1979). *Evaluating Social Science Research*. New York: Oxford University Press.
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Markovà, I., Rose, D. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 95-125.
- Willet, G. (1992). *La communication modélisée Une introduction aux concepts, aux modèles et aux théories*. Ottawa : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Watzlawick, P., Beavin, H.J., Jackson D.D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Édition du Seuil.
- Willig, C. (1999). *Applied Discourse analysis : social and psychological interventions*. Buckingham : Open University Press.

Appendice A

Formulaire de consentement des participants

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Les représentations sociales de la communication lors de l'élaboration de plans de services individualisés en déficience physique.

Identification du chercheur

Emma-Émilie Gélinas, étudiante à la maîtrise en loisir, culture, tourisme et communication sociale de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Ce formulaire de consentement a pour but de vous énoncer clairement les principales visées de cette étude et ce qu'entraîne votre participation. Tout au long du processus, il vous est possible de recevoir davantage de renseignements et des éclaircissements quant à l'objet de recherche. Aussi, il vous est possible, en tout temps, de vous retirer de cette recherche. Veuillez lire attentivement le formulaire afin de bien comprendre toutes les informations s'y retrouvant.

Buts et objectifs de l'étude

Le but de cette étude est d'identifier les représentations sociales de la communication dans un contexte d'élaboration de plans de services individualisés en déficience physique. La visée première de cette étude est de comprendre le phénomène de la représentation sociale d'un objet, ici la communication, dans un contexte regroupant des individus de diverses disciplines prenant part à un processus coopératif ayant comme nécessité l'atteinte d'un consensus. Les données qui seront recueillies dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation d'un mémoire répondant ainsi aux exigences du programme universitaire de 2^{ième} cycle mentionné.

Procédés expérimentaux

La méthode de collecte de données utilisée dans le cadre de cette recherche est une première entrevue avant la rencontre d'une durée de plus ou moins 30 minutes et une seconde partie de l'entrevue sera réalisée après la rencontre. La dernière partie de l'entrevue sera d'une durée approximative de 15 minutes. Les données recueillies seront

soumises à une analyse rigoureuse et, les données ne seront manipulées qu'exclusivement par le principal chercheur de cette recherche. Nous entendons également enregistrer la totalité de la rencontre. Cela viendra approfondir notre compréhension générale quant aux échanges et à la communication. Cependant, nous ne transcrivons pas cette partie de l'enregistrement.

Entente de confidentialité

Toutes les mesures seront prises afin de garantir et d'assurer la confidentialité des données (données d'entrevues, questionnaires, résultats préliminaires...) issues de cette étude. Des pseudonymes seront utilisés afin d'identifier les personnes interrogées. Tous les documents seront identifiés avec les pseudonymes déterminés préalablement. Les enregistrements sonores seront détruits à la fin de l'étude.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs, commanditaires ou établissements de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet. Pour tout renseignement sur le projet de recherche, veuillez communiquer avec la personne responsable de cette étude.

Pour toutes autres questions relatives à vos droits à titre de participant pressenti, veuillez vous adresser à la personne dont le nom figure au bas du présent formulaire.

<i>Inscrire le nom et les coordonnées des personnes impliquées</i>
--

Nom du participant : _____ Signature _____ Date _____

Nom du chercheur : _____ Signature _____ Date _____

Appendice B

Guide d'entrevues

Guide d'entrevue pour la collecte d'informations relatives aux représentations sociales
de la communication dans les réunions de plans d'intervention individualisés

Première portion de l'entretien (avant la réunion)

	Questions	Exemple de relances verbales utilisées
Consigne de départ et début de l'entretien	Pouvez-vous me décrire comment se déroule une rencontre	
Les thèmes du guide	Questions relatives aux thèmes abordés	Questions de relance
Préférence pour le type de communication	Pouvez-vous identifier pour moi trois façons / forces que vous aimez / appréciez chez les gens qui communiquent / parlent avec vous dans les réunions ?	Est-ce que vous avez des exemples concrets d'expériences qui illustrent ces façons et forces ?
Préférence pour le type de communication	Pouvez-vous identifier pour moi trois façons / forces que vous aimez / appréciez le moins chez les gens qui communiquent / parlent avec vous dans les réunions ?	Est-ce que vous avez des exemples d'expérience qui ne vous ont pas plu ? Est-ce que vous avez des exemples concrets de ces expériences qui illustrent ces façons et forces ?
Attentes communicationnelles	Quelles sont vos attentes quant à la communication ou aux échanges lors des réunions	Pouvez-vous me donner des exemples de ces attentes
Expériences communicationnelles Une expérience appréciée Une expérience non appréciée	J'aimerais que vous me racontiez quelque chose qui s'est passé au cours des réunions passées au niveau de la communication. (possibilité de spécifier au niveau des échanges avec d'autres personnes ou en tant que témoin de ces moments) J'aimerais si possible que vous me racontiez une expérience que vous avez aimée au niveau de la communication et ensuite, une autre que vous n'avez pas aimé.	Qui était impliqué dans cet épisode? Qu'est-ce qui a conduit à cette situation d'après vous? Que vous a-t-on fait ou pas fait précisément? Pour quelles raisons exactement considérez-vous cette expérience comme bonne ou mauvaise? Quelles ont été les conséquences de cette situation pour la suite de la réunion?

**Guide d'entrevue pour la collecte d'informations relatives aux représentations sociales
de la communication dans les réunions de plans d'intervention individualisés**

Deuxième portion de l'entretien (après la réunion)

	Questions	Exemple de relances verbales utilisées
Les thèmes du guide	Questions relatives aux thèmes abordés	Questions de relance lors de la deuxième partie d'entrevue
	Pouvez-vous identifier pour moi trois façons / forces que vous aimez / appréciez chez les gens qui communiquent / parlent avec vous dans les réunions ?	Est-ce qu'il y a un moment précis que vous avez vécu dans la réunion qui pourrait illustrer ce que vous appréciez dans la façon / forces au niveau de la communication?
	Pouvez-vous identifier pour moi trois façons / forces que vous aimez / appréciez le moins chez les gens qui communiquent / parlent avec vous dans les réunions ?	Est-ce qu'il y a un moment que vous avez vécu dans la réunion qui pourrait illustrer ce que vous n'avez pas apprécié dans la façon / forces au niveau de la communication?
Expériences communicationnelles lors de la rencontre Une expérience appréciée Une expérience non appréciée	J'aimerais que vous me racontiez quelque chose qui s'est passé au cours de la réunion (possibilité de spécifier au niveau des échanges avec d'autres personnes ou en tant que témoin de ces moments)	Qui était impliqué dans cet épisode? Qu'est-ce qui a conduit à cette situation d'après vous? Que vous a-t-on fait ou pas fait précisément? Pour quelles raisons exactement considérez-vous cette expérience comme bonne ou mauvaise? Quelles ont été les conséquences de cette situation pour la suite de la réunion?
Suggestions d'amélioration d'un point de vue communicationnelle	Que suggéreriez-vous pour améliorer la communication dans ces réunions de plan de services.	Quel serait le scénario ou la situation idéal pour l'amélioration

Appendice C

Extrait de la codification des entrevues

Tableau des intervenants

ÉNONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DU PLAN D'INTERVENTION	CODES	CATÉGORIES
« <i>c'est où on se rencontre en équipe avec le client puis les proches du client que ce soit des parents des enfants conjoint</i> » (ergothérapeute, p. 2)	Rencontre en équipe	Groupe
« <i>j'aime bien quand toutes les intervenants vont donner l'évolution qui s'est passée dans les autres disciplines ça permet au client de séparer bon qui fait quoi dans l'équipe</i> » (ergothérapeute, p. 6)	Rôle dans l'équipe	
« <i>ça leur ((client)) permet de différencier qui fait quoi ça leur permet aussi de voir le travail d'équipe</i> » (ergothérapeute, p. 6)	Rôle dans l'équipe	
« <i>ça leur permet de voir les liens entre le travail qui se fait parce qu'on parle en équipe pis on fait les liens entre les différentes disciplines</i> » (ergothérapeute, p. 6)	Rôle dans l'équipe	
« <i>il y a un beau travail d'équipe à ce niveau là</i> » (ergothérapeute, p. 8)	Travail d'équipe	
« <i>on doit faire un travail d'équipe</i> » (physiothérapeute, p.3)	Rôle dans l'équipe	
« <i>de se contenter de son rôle dans l'fond là dans l'équipe</i> » (physiothérapeute, p. 6)	Rôle dans l'équipe	
« <i>un pi ça consiste à une concertation c'est un peu comme un contrat qu'on se donne à ce moment</i> » (physiothérapeute 2, p.1)	Concertation Contrat	
« <i>c'est un processus d'apprentissage qu'on fait avec le client on peut exiger qu'il y ait quelqu'un d'autre du milieu qui soit présent pour s'assurer que ce soit plus rentable ou efficace comme processus</i> » (physiothérapeute 2, p.14)	Processus d'apprentissage	Contenu
« <i>c'est qu'il faut en arriver à un espèce de consensus en bout de ligne</i> » (physiothérapeute 2, p.10)	Consensus	
« <i>on fait un bilan de ce qui s'est passé depuis les 3</i> »	Bilan	

<p><i>derniers mois tant sur le plan médical qu'au niveau réadapt</i> » (ergothérapeute, p. 2)</p> <p><i>« on répète toujours au plan d'intervention les progrès significatifs qui ont été fait et l'évolution »</i> (ergothérapeute, p. 4)</p> <p><i>« pour le parent le parent qui est là c'est une occasion de savoir où en est rendu ((intervenants)))»</i> (ergothérapeute, p. 4)</p> <p><i>« on fait un retour sur les opinions professionnels des différents intervenants commentaires satisfaction insatisfaction même chose pour le point de vue du client ses impressions »</i> (ergothérapeute, p. 2)</p> <p><i>« on fixe les objectifs pour les trois prochains mois pour enligner la thérapie »</i> (ergothérapeute, p. 2)</p> <p><i>« pour faire le point où est-ce qu'on en est rendu dans la réadaptation pour voir vers quoi on s'en va donc les objectifs vers quoi on s'enlignera un peu pour l'échéance donnée »</i> (neuropsychologue, p.2)</p> <p><i>« c'est la rencontre avec le client où là normalement les objectifs devraient découler »</i> (neuropsychologue, p.2)</p> <p><i>« je vais avoir fait toujours un retour sur l'évaluation que j'ai fait j'apprendrai jamais des choses nouvelles à un pi moi »</i> (neuropsychologue, p. 4)</p> <p><i>« c'est un moyen pour moi le pi de faire le point »</i> (neuropsychologue, p. 4)</p> <hr/> <p><i>« c'est le temps d'exprimer les questions »</i> (ergothérapeute, p. 2)</p> <p><i>« on va toujours chercher le point de vue du parent aussi »</i> (ergothérapeute, p. 5)</p> <p><i>« ici souvent on commence par ça qu'est ce que vous en pensez ((parents)))»</i> (ergothérapeute, p. 5)</p>	<p>Compte rendu</p> <p>Retour, compte rendu</p> <p>Fixer les objectifs</p> <p>Compte rendu</p> <p>Fixer les objectifs</p> <p>Retour, compte rendu</p> <p>Faire les point, bilan</p> <hr/> <p>Poser des questions</p> <p>Point de vue du parent</p> <p>Point de vue du parent</p> <p>Point de vue</p>	<p>Contenu</p> <p>Contenu</p> <p>Groupe</p>
--	--	---

« on va vraiment chercher l'opinion du parent pis aussi du client qu'est ce que le client pense comme y se sent » (ergothérapeute, p. 5)	Opinion	
« J'trouve ça le fun d'aller chercher l'opinion du client pis du conjoint » (ergothérapeute, p. 6)	Opinion	
« j'pense que c'est important d'aller chercher son opinion ((client)) » (ergothérapeute, p. 6)	Participation	
« j'trouve ça super important c'est une partie que j'aime quand on va chercher quand le client y s'exprime » (ergothérapeute, p. 6)	Participation	
« j'trouve ça intéressant l'implication les impliquer dans l'équipe dans le travail qui se passe à ce niveau là » (ergothérapeute, p. 6)	Participation	
« si on veut avoir une collaboration si on veut avoir des résultats il faut que ça passe par les parents de toute façon il faut qu'il se sente eh fait partie des interventions qui vont être faites » (neuropsychologue, p. 5)		
« ça peut être plus émotif et plus impressionnant pour le parent qui a plein d'intervenants devant lui-même je dis que physiquement j'essaie souvent de me place de me placer à côté de rendre ça plus eh d'inclure la personne autour de la table plutôt que d'être d'un côté les intervenants » (neuropsychologue, p. 4)	Participation	
« ce que j'aime en général c'est vraiment quand on part du client en premier quand la première question est posée au client en premier » (neuropsychologue, p. 5)	Participation	
« quand on part de la personne en premier ça je trouve que c'est significatif » (neuropsychologue, p. 5)	Participation	
« je trouve ça l'fun qu'elle soit capable de le verbaliser pis qu'on puisse répondre du mieux qu'on pouvait nous autres aussi par rapport à ça » (neuropsychologue, p. 12)	participation	

<p>« les parents ont beaucoup de questions ont souvent le carnet avec les questions écrites d'avance pis ont plus de préoccupations sur l'avenir plus de » physiothérapeute 1, p.9)</p> <p>« de leur laisser une place justement de prendre en considération les propos qu'eux autres amènent » (physiothérapeute 2, p. 3)</p> <p>« un parent qui collabore très bien » (physiothérapeute 2, p.16)</p>	<p>laisser la place / participation</p> <p>collaboration / participation</p>	
<p>« un projet de pi qui est ouvert et qui les incluent eux autres dans ce sens là on est pas dans un processus fermé on est dans un processus ouvert et ça se passe au moment présent » (physiothérapeute 2, p. 3)</p> <p>« il y a une ouverture de part et d'autre pour venir mettre sur la table toutes les informations » (physiothérapeute 2, p.10)</p> <p>« et pour moi le respect rentre là-dedans et les conditions rentrent là dedans ça prend de l'ouverture ça prends de la souplesse » (physiothérapeute 2, p.10)</p> <p>« quand les gens c'est que les gens peuvent dire clairement ce qu'ils pensent même s'ils ne sont pas d'accord » (physiothérapeute 2, p.10)</p>	<p>Ouverture</p> <p>Ouverture</p> <p>Ouverture souplesse</p> <p>ouverture</p> <p>Rapidité</p>	<p>Étiquette relationnelle</p> <p>Contenu</p>
<p>« on a toute l'information ça fait que le plan d'intervention se déroule plus rapidement » (ergothérapeute, p. 3)</p> <p>« c'est rentable de prendre ce temps là en discussion avec le client pour bien éclaircir les choses c'est du temps qu'on gagne après » (physiothérapeute 2, p.4)</p> <p>« on insiste pas nécessairement en plan d'intervention sur les sujets les plus délicats »</p>	<p>Rentabilité dans l'information</p> <p>Tact et délicatesse</p> <p>Tact</p>	<p>Étiquette relationnelle</p>

<p>(ergothérapeute, p. 3)</p> <p>« d'avoir un certain tact pour dire ce qu'il faut » (ergothérapeute, p. 11)</p> <p>« il y a une façon de dire les choses pour pas les dire quand tu sais que ce n'est pas approprié tu gardes pour toi le commentaire personnel » (ergothérapeute, p. 11)</p> <p>« on doit mettre de l'eau dans notre vin un p'tit peu aussi » (physiothérapeute, p. 3)</p> <hr/> <p>« devant le client c'est parce qu'il faut une certaine cohésion de l'équipe » (ergothérapeute, p. 3)</p> <p>« on a déjà réglé nos conflits ou faites les consensus avant donc on arrive au plan pis il y a une certaine cohésion d'équipe » (ergothérapeute, p. 9)</p> <p>« il ((client)) ne voit nécessairement pas les différentes opinions il voit juste que l'équipe pense ça pour lui c'est une cohésion je pense » (ergothérapeute, p. 9)</p> <p>« on a une communication non verbale aussi autour de l'équipe qui s'est développée que juste d'un coup d'œil on peut se dire bon ben celle-là elle a quelque chose à dire de plus ou elle a terminé » (neuropsychologue, p.9)</p> <p>« on se parle avant le plan on est une équipe qui se tient quand même de façon générale » (ergothérapeute, p. 9)</p> <hr/> <p>« on va respecter ce que le client désire pis en même temps avec les autres intervenants aussi » (physiothérapeute 1, p.3)</p> <p>« j'veux dire on veut pas froisser l'autre parce qu'on sait qu'on a à travailler avec cette personne là assez régulièrement j'pense que c'est facilitant » (physiothérapeute 1, p.14)</p> <p>« respecter que chacun puisse parler à tour de</p>	<p>Tact</p> <hr/> <p>Cohésion d'équipe</p> <p>Consensus / cohésion d'équipe</p> <p>Cohésion d'équipe</p> <p>Cohésion d'équipe</p> <p>Cohésion d'équipe</p> <hr/> <p>Respect des autres</p> <p>Respect de travail</p>	<p>Groupe</p> <p>Étiquette relationnelle</p>
---	---	--

<p>rôle » (physiothérapeute 2, p.4)</p> <p>« on se donne la souplesse de venir ajouter à l'idée de l'autre de venir valider l'idée de l'autre je dirais qu'il y a une rigueur un respect » (physiothérapeute 2, p.4)</p> <p>« il y a un minimum de conditions au niveau de la relation qu'il faut assurer et donc particulièrement le respect » (physiothérapeute 2, p.5)</p> <hr/> <p>« des fois ils ((parents)) ont l'information de la part du client lui-même mais ils ont l'information au niveau l'opinion des professionnels » (ergothérapeute, p. 4)</p> <hr/> <p>« ça permet aux parents d'avoir un autre point de vue » (ergothérapeute, p. 5)</p> <p>« l'importance des rencontres de plan d'intervention et les rencontres informelles aussi pour se transférer ces informations pis pour se préparer à passer la flambeau aussi même si on laisse pas complètement on transfère une majeure de l'intervention » (physiothérapeute 1, p. 17)</p> <hr/> <p>« j'essaie toujours de parler selon d'y aller clairement sur ce qu'on a vu » (neuropsychologue, p. 4)</p> <p>« clarifier ses points j pense que ça a été un bel échange » (physiothérapeute 1, p21)</p> <p>« s'assurer de la de ce qu'on dit est bien reçu comme information est bien compris » (physiothérapeute 2, p.3)</p> <p>« venir ajouter une idée ou venir reposer une question pour aider à clarifier encore plus l'interprétation qui peut être donnée » (physiothérapeute 2, p.4)</p> <p>« on ne le sait pas tout le temps qu'est-ce qui est compris et qu'est-ce qui n'est pas compris des fois</p>	<p>Respect</p> <hr/> <p>Cohérence des informations</p> <hr/> <p>Transfert d'informations</p> <hr/> <p>Clarté des informations</p> <p>Clarifier</p> <p>Compréhension de l'information</p> <p>Clarification</p> <p>Compréhension de l'information</p>	<p>Contenu</p>
---	---	----------------

<p><i>chez certains intervenants mais le plus souvent c'est avec notre client » (physiothérapeute 2, p.7)</i></p> <p><i>« il faut être suffisamment précis pour que le message soit clair et que l'attente soit claire » (physiothérapeute 2, p.7-8)</i></p> <hr/> <p><i>« comme on se parle avant le plan surtout dans les cas plus difficiles c'est encore plus important on sait bon qu'on va s'en aller sur telle voie pis c'est comme ça qu'on s'enlignait avec ce client-là » (ergothérapeute, p. 9)</i></p> <p><i>« on va souvent discuter de stratégie si on a des choses délicates à dire au client » (ergothérapeute, p. 16)</i></p> <hr/> <p><i>« il y a beaucoup de zones grises dans toutes les professions facque c'est sûr que je peux avoir une opinion qui touche un peu à ta profession mais qui touche aussi à la mienne » (ergothérapeute, p. 11)</i></p> <p><i>« la dynamique de groupe est comme bien établie dans le sens qu'il n'y a pas je ne sens pas de tirage de couverte comme il peut y en avoir ailleurs » (neuropsychologue, p.7)</i></p> <p><i>« c'est pas une discipline qui fait tout le travail en général c'est un complément » (ergothérapeute, p. 6)</i></p> <p><i>« on est capable de considérer qu'il y a d'autres intervenants qui font aussi un travail » (ergothérapeute, p. 7)</i></p> <p><i>« je dirais au niveau des échanges chacun a pu dire ce qu'on avait à dire sans empiéter dans le domaine de l'autre » (neuropsychologue, p.12)</i></p> <p><i>« on doit eh accepter qu'il y a certains volets certains aspects qui sont plus élaborés ou expliqués par d'autres d'autres personnes » (physiothérapeute 1, p.3)</i></p>	<p>Clarté / précision</p> <hr/> <p>Stratégies entre intervenants</p> <hr/> <p>Zones grises</p> <p>Pas de tirage de couverte</p> <p>Travail en complémentarité</p> <p>Travail en complémentarité</p>	<p>Étiquette relationnelle</p> <p>Étiquette fonctionnelle</p>
--	---	---

<p>« on accepte de laisser l'autre se prononcer là-dessus » (physiothérapeute 1, p.3)</p> <p>« chaque personne sait eh dans quel dans quel domaine elle joue son rôle dans le réunion j'pense que les gens règle général les gens se prononcent un peu plus dans ce qui les regardent » (physiothérapeute 1, p.5)</p> <p>« des règles non écrites quand même là y a certaines zones y a certaines zones plus grises qu'on partage et y a certaines zones qui sont moins grises qui sont plus évidentes là pis j'veux dire dans les zones grises ça peut être irritant pareille qu'on confronte nos opinions eh mais ça y faut l'accepter » (physiothérapeute 1, p.8)</p> <p>« dans les zones qu sont plus définies mais là ça serait moins acceptable que les gens se confrontent se prononcent sur ces sujets-là » (physiothérapeute 1, p.8)</p>	<p>Zones grises entre les disciplines</p>	
<p>« on a évalué ensemble tel chose plutôt que de s'adresser à l'animateur pis dire ben il avait tel affaire pis il avait tel je trouve que ça fait une distance avec le client » (neuropsychologue, p.6)</p> <p>« j'aime quand on parle avec le client » (neuropsychologue, p. 6)</p>	<p>Parler directement au client</p>	<p>Groupe</p>
<p>« quand il y a un imprévu tout ça et qu'on est obligé de changer d'animateur à la dernière minute ça m'est déjà arrivé d'animer un pi à brûle pour point » (neuropsychologue, p. 7)</p>	<p>Déstabilisation</p>	<p>Contenu</p>
<p>« je sentais que la réunion n'était pas organisée quand les choses ne sont pas organisées à l'avance ça ça nuit beaucoup au plan » (neuropsychologue, p. 7)</p> <p>« on le sait déjà d'avance ce que chaque personnes va dire » (neuropsychologue, p. 7)</p> <p>« j'peux soulever mon opinion mais ça j'veux dire ça ça pourrait être fait seulement en rencontre</p>	<p>Planification</p> <p>Communication planifiée</p>	

<p><i>préliminaire et non pas en rencontre devant le client » (physiothérapeute 1, p. 9)</i></p>	<p>Écoute</p>	<p>Étiquette relationnelle</p>
<p><i>« L'écoute a besoin d'être là » (physiothérapeute 1, p. 3)</i></p>	<p>Écoute</p>	
<p><i>« en travail d'équipe ça on doit s'écouter » (physiothérapeute 1, p. 3)</i></p>	<p>Écoute</p>	
<p><i>« c'est d'écouter ce que le client désire aussi il faut être à l'écoute des besoins du client du désir du client » (physiothérapeute 1, p. 3)</i></p>	<p>Échange constructif</p>	<p>Groupe</p>
<p><i>« un échange quand même constructif » (physiothérapeute 1, p. 3)</i></p>		
<p><i>« on a des rencontres qui sont des bons échanges constructifs qui sont satisfaisants pis les gens dans l'ensemble sortent satisfaits des rencontres là » (physiothérapeute 1, p. 10)</i></p>		
<p><i>« on a des intervenants qui s'investissent bien et qui donne l'information juste » (physiothérapeute 2, p.15)</i></p>	<p>Émotivité</p>	
<p><i>« des fois y peuvent pas pis ça fini en pleure t'sé c'est des rencontres sans être insatisfaisantes c'est quand même une rencontre qui a fait son travail là j'pense que la rencontre peut être très satisfaisante sur papier la rencontre son but a été atteint sauf que c'est sûr que le feeling que les gens ont quand y sortent de la rencontre ça ça peut être très décevant plus qu'insatisfaisant » (physiothérapeute 1, p.12)</i></p>	<p>Agressivité</p>	
<p><i>« c'est un peu comme dans un autre cas où est-ce que la personne est trop agressive on a pas toutes les conditions pour la réalisation de notre pi » (physiothérapeute 2, p.8)</i></p>	<p>Émotivité</p>	
<p><i>« c'était une situation où la personne est arrivée dans un état émotif aussi qui était qui s'était déjà braquée avant de commencer la rencontre donc ça mis déjà les gens en partant sur la défensive donc il s'agit qu'il y ait un élément perturbateur pour que toute la dynamique » (physiothérapeute 2, p.9)</i></p>	<p>Climat</p>	<p>Étiquette relationnelle</p>

<p>«favoriser un climat un climat favorable à l'échange à l'ouverture et à la confiance» (physiothérapeute 2, p.10)</p> <p>«le travail de L ((coordonnatrice clinique et animatrice)) qui est super le fun parce que elle s'assure vraiment QUE TOUT LE MONDE PARLE QUE TOUT LE MONDE AIT DIT CE QUI AVAIT À DIRE» (ergothérapeute, p. 7)</p> <p>« c'est souvent elle qui va aller les ((client)) chercher » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« elle va aller chercher les outils qu'elle a de besoin au niveau des différents professionnels facque elle va aller CADRER » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« elle va aller chercher M qu'est-ce tu en penses ben tout dépendant où ça s'adresse c'est elle qui va aller gérer tout ça qui va administrer la circonstances » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« on va être plus des pions elle va se servir de nous quand elle en a besoin pour gérer la situation » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« le pi comme tel ça t'as vraiment la coordonnatrice qui elle va diriger le plan messemble » (neuropsychologue, p. 3)</p> <p>« la coordonnatrice qui va diriger un petit peu les questionnements on essayi de suivre un peu les rubriques du plan d'intervention qui est écrit » (neuropsychologue, p. 3)</p> <p>« d'y aller selon la discipline qui est la plus pertinente aussi qui est la plus impliquée dans le dossier » (neuropsychologue, p. 8)</p> <p>« c'est la coordonnatrice qui nous dirige la question de toute façon pis la façon qu'elle le dirige c'est approprié » (physiothérapeute 1, p.6)</p> <p>« l'animatrice effectivement joue un rôle important pour vraiment diriger ces questions là »</p>	<p>Animatrice</p> <p>Sollicite la participation</p> <p>Fonction de cadrage</p> <p>Sollicite la participation</p> <p>Gère la situation</p> <p>Dirige le plan</p> <p>Gère les interactions</p> <p>Gestion par discipline</p> <p>Gère les interactions</p> <p>Gère les interactions</p> <p>Gère la rencontre</p>	<p>Gestionnaire du climat</p> <p>Mise en forme du contenu</p>
--	--	---

<p>(physiothérapeute 1, p.6)</p> <p>« l'animateur a à diriger la rencontre mettre les objectifs de la rencontre les objectifs généraux » (physiothérapeute 2, p.1)</p> <p>« il y avait l'animation qui était là qui était présente justement pour donner un temps de parole à chacun revenir auprès du parent pour voir son point de vue à elle » (physiothérapeute 2, p.16)</p> <p>« on essaie de mettre le client ou le représentant du client au centre de la discussion ce qui fait que le plus souvent l'animateur qui va diriger la discussion va le plus souvent la diriger vers le client » (physiothérapeute 2, p.2)</p> <p>« les intervenants sont appelés à intervenir à tour de rôle à intervenir selon les sujets qui ont été ciblés » (physiothérapeute 2, p.2)</p> <p>« je vais intervenir lorsque je suis interpellé ou je signifie que j'ai quelque chose à dire si on passe sur un sujet donné et que j'ai quelque chose à ajouter je vais le signifie et à ce moment là je vais rentrer dans la communication dans la discussion » (physiothérapeute 2, p.2)</p> <p>« l'animateur au niveau de la gestion de la dynamique pour s'assurer que le respect est donné autant au client qu'au niveau de chaque intervenant » (physiothérapeute 2, p. 5)</p> <hr/> <p>« si j'ai oublié de dire quelque chose peu importe la raison elle ((animatrice)) va dire ah t'avais pas parlé de ça aussi » (ergothérapeute, p. 7)</p> <p>« ça permet d'aller chercher des choses qui peuvent être oublié qu'elle sait » (ergothérapeute, p. 7)</p> <hr/> <p>« elle ((animatrice)) va doucement le mettre sur la table pour que ça passe bien » (ergothérapeute, p. 7)</p>	<p>Gère les interactions</p> <p>Gère les interactions</p> <p>Client au centre de la discussion</p> <p>Communication contrôlée</p> <p>Communication contrôlée</p> <p>Gestion de la communication</p> <hr/> <p>Animatrice</p> <p>Possède l'information clinique</p> <hr/> <p>Animatrice</p>	<p>Gestionnaire du climat</p> <p>Mise en forme du contenu</p>
---	---	---

<p>« dans les cas particulièrement plus difficiles » (ergothérapeute, p. 8)</p> <p>« la coordonnatrice clinique j'y pense dans les cas particulièrement plus difficiles où c'est des cas délicats où on a des opinions très différentes sur le client la coordonnatrice clinique fait un bon travail de vraiment prendre tout ça pis de faire le point milieu avec tout » (ergothérapeute, p. 8)</p> <p>« c'est la coordonnatrice de façon général si ça dérape les intervenants ont a tendance à se tenir pis L ((animatrice)) vas-y c'est toi qui connaît » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« elle a quand même pas mal de tact pour ramener les situations » (ergothérapeute, p. 15)</p> <p>« c'est elle qui est la médiatrice si on veut C'est la coordonnatrice mais c'est médiatrice » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« elle va négocier ce qui se passe » (ergothérapeute, p. 10)</p> <p>« c'est un facilitant » (physiothérapeute 1, p. 6)</p> <p>« un parent qui se permettait d'aller aussi loin et j'essayais de ramener les choses mais c'était pas suffisant il en remettait tout le temps ça n'a pas donné de bons résultats » (physiothérapeute 2, p. 6)</p> <p>« ça nous a confirmé dans notre attitude de ne pas tolérer de situation où il n'y a pas de respect des situations de non respect on se l'exige entre nous et on l'exige du client [Et les parents] les parents font partis du client » (physiothérapeute 2, p. 6)</p> <p>« La dimension émotive je dirais qui n'est pas toujours facile à gérer ça c'est peut-être on a beau être un bon animateur ou avoir un bon animateur en place c'est une des données qui est imprévisible qui faut gérer sur le tas même si on se fait un plan de match ça vient perturber complètement notre plan de match on est obligé de se réajuster de revoir nos façon de faire même notre façon de réaliser notre pi</p>	<p>médiatrice</p> <p>Ramène les situations</p> <p>Négociation</p> <p>Facilitant</p>	<p>Gestionnaire du climat</p>
---	---	-------------------------------

<p>à ce moment là mais ça il faut faire avec » (physiothérapeute 2, p.8)</p>	<p>Animatrice</p>	<p>Contenu</p>
<p>« elle connaît toutes les opinions des intervenants elle sait ce qui se passe dans toutes les disciplines pis souvent c'Est elle qui fait le lien entre nous et la famille » (ergothérapeute, p. 10)</p>	<p>Pivot</p>	
<p>« cette personne là pivot qui est l'animatrice du plan » (neuropsychologue, p. 3)</p>		<p>Étiquette relationnelle</p>
<p>« À ce moment là on demande aux intervenants de faire des retours ou si eux autres jugent que on ne respecte pas le pi qui a été établi à ce moment là les gens reviennent et font comme une révision du pi » (physiothérapeute 2, p.7)</p>	<p>Attentes communicationnelles</p>	
<p>« Je m'attends à ce que tout le monde dise ce qu'il pense de façon modérée si on veut avec considération avec respect face aux autres intervenants » (ergothérapeute, p. 15)</p>	<p>Respect dans les propos</p>	<p>Groupe</p>
<p>« qu'ils fassent preuve de respect et de délicatesse » (ergothérapeute, p. 16)</p>	<p>Attentes communicationnelles</p>	
<p>« c'est important que les gens s'expriment » (ergothérapeute, p. 15)</p>		
<p>« je m'attends à ce que les gens le disent surtout qu'on s'en est parlé avant pis je m'attends que les gens s'impliquent pour dire ce qu'ils ont à dire » (ergothérapeute, p. 15)</p>	<p>Participation</p>	
<p>« c'est important de les dire ((progrès)) au lieu de dire ça me tente pas de m'impliquer » (ergothérapeute, p. 15)</p>	<p>Participation</p>	
<p>« c'est important j'pense que tout le monde s'implique activement pis qu'ils disent leur opinion qu'ils disent ce qu'il ont à dire » (ergothérapeute, p. 15-16)</p>	<p>Participation</p>	
<p>« je trouve important parce que c'est le temps où tous les intervenants sont là quand les parents ou la personne elle-même a des questions à poser »</p>	<p>Participation</p>	

<p>(neuropsychologue, p. 9)</p> <p><i>« que le client est vraiment partie prenante de toutes les étapes de ce plan là parce que pour réaliser une intervention après il faut vraiment que le client s'engage à y participer sans ça on peut pas runner ça tout seul sur notre bord »</i> (physiothérapeute 2, p.11)</p> <p><i>« le parent a pu être très présent à la discussion »</i> (physiothérapeute 2, p.15)</p> <p><i>« J'ai des attentes beaucoup moi de clarification de mise au point mais DE CLARIFICATION »</i> (neuropsychologue, p. 9)</p> <p><i>« Que les gens disent les choses clairement »</i> (neuropsychologue, p. 9)</p> <p><i>« que ce qui a été dit dans le fond dans les rencontres pré-pré-plan d'intervention que ça soit les mêmes choses qui soient dites »</i> (neuropsychologue, p. 9)</p> <p><i>« aussi que ce soit unifiée dans un même but que les personnes aient la même vision de d'un plan des objectifs de ce qui s'en vient »</i> (neuropsychologue, p. 9)</p> <p><i>« je trouve ça important de travailler selon ce que le client désire »</i> (physiothérapeute 1, p. 14)</p> <p><i>« que le travail d'équipe se désire vers les désires du client »</i> (physiothérapeute 1, p. 14)</p> <p><i>« j'veux que les collègues fassent leur travail j'veux dire qu'ils remplissent leur mandat »</i> (physiothérapeute 1, p. 15)</p> <p><i>« Il faut que les gens aussi soient prêts du volet communication »</i> (physiothérapeute 1, p. 15)</p> <p><i>« il y a une portion d'information nous autres en tant que professionnels il faut s'assurer de faire un bon compte rendu des informations qui ont été colligées suite aux évaluations »</i> (physiothérapeute 2, p.11)</p>	<p>Participation</p> <p>Participation</p> <p>Clarification Mise au point</p> <p>Constance dans les informations</p> <p>But commun</p> <p>Travail pour le client</p> <p>Préparation</p> <p>Justesse des informations</p> <p>Compréhension de l'information</p>	<p>Contenu</p> <p>Groupe</p> <p>Groupe</p> <p>Contenu</p>
---	---	---

<p><i>« s'assurer que ces informations là sont bien compris » (physiothérapeute 2, p.11)</i></p>		
--	--	--

<p>« permettent de ne pas avoir l'air fou pendant le pi dans le sens que si on a quelque chose à discuter entre intervenants on essaie déjà de faire un premier pont un premier lien entre les intervenants pour avoir la même compréhension des phénomènes » (physiothérapeute 2, p. 3)</p>	<p>Épuration de la communication</p>	
<p>« ça prépare les gens à la rencontre pis eh eh déjà « il faut que les gens se prononcent lors de ces rencontres-là » (physiothérapeute 1, p. 15)</p> <p>en partant on se donne une partie de nos opinions » (physiothérapeute 1, p. 7)</p> <p>« être capable de les formuler aussi d'une façon qui est plus compréhensible qui est plus accessible pour les différents types intervenants donc qui risque s'être plus accessible pour le client » (physiothérapeute 2, p. 3)</p>	<p>Moment préparatoire</p> <p>Épuration des opinions</p> <p>Accessibilité des informations cliniques</p>	<p>Contenu</p>

ENONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DES INTERVENTIONS	CODES	CATÉGORIES
<p><i>« il y a toujours une marge de manœuvre parce qu'on voit aussi le client »</i></p> <p><i>on fait pas ça aveuglément sans le client c'est parce qu'on le suit assez régulièrement on sait lui il nous parle de ce qui veut et de ce qui veut pas et tout ça mais je dirais que la version finale se décide dans le plan d'intervention dans la rencontre »</i> (neuropsychologue, p. 3-4)</p> <p><i>« chacun est allé essayer de tendre la perche au client ou d'essayer de vérifier des informations auparavant »</i> (physiothérapeute 2, p.5)</p> <p><i>« on va se fier beaucoup à ce que l'ergothérapeute va nous rapporter comme bagages avant d'entamer notre démarche »</i> (physiothérapeute 1, p.17)</p> <p><i>« c'est sûr qu'on a une expérience qu'on vit avec le client pis eh on peut on peut le mentionner lors du plan »</i> (physiothérapeute 1, p.16)</p> <p><i>« j'ai comme l'impression que je connais beaucoup le client pis eh j'peux plus facilement me prononcer »</i> (physiothérapeute 1, p.16)</p> <p><i>« ça pourrait être facilitant envers les autres clients envers les autres intervenants aussi »</i> (physiothérapeute 1, p.16)</p> <p><i>« qu'on parle de communication pis je pense que ces rencontres là servent à ça aussi souvent dans la réadaptation on est pas chaque discipline n'est pas aussi intensive à tous moments j'pense que chaque discipline prend son fort »</i> (physiothérapeute 1, p.17)</p>	<p>Souplesse</p> <p>Démarche planifiée</p> <p>Tendre la perche</p> <p>Expérience avec le client</p> <p>Proximité avec le client</p> <p>Moment facilitant</p> <p>Facilite les relations</p> <p>Transfert des informations</p>	<p>Authenticité des relations</p> <p>Contenu</p> <p>Authenticité des relations</p> <p>Contenu</p>

Tableau des coordonnateurs cliniques

ÉNONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DU PLAN D'INTERVENTION	CODES	CATÉGORIES
« on met souvent les plans d'intervention après leur visite en orthopédie pis souvent on part de ça c'est le client qui nous amène l'information » (coordonnateur 1, p.3)	Client comme source d'information	Mise en forme du contenu
« je pars beaucoup beaucoup des clients » (coordonnateur 1, p.4)		
« tout le monde participe à la discussion » (coordonnateur 1, p.3)	Participation	
« j'aborde les plans avec un petit peu d'humour c'est toujours stressant pour la personne aussi (..) pis après ça donner le contexte ça roule bien » (coordonnateur 1, p.4)	Climat	Gestionnaire du climat
« ça faisait un climat beaucoup de confrontation parce qu'il fallait presque imposer il fallait imposer à la dame » (coordonnateur 2, p.14)	Confrontation	
« le climat pour moi est ben important » (coordonnateur 1, p.16)		
« elle remettait toujours toujours beaucoup en question avec beaucoup d'agressivité aussi » (coordonnateur 2, p.14)	Agressivité	
« j'ai compris avec du recul qu'une rencontre comme ça servait à rien et que oui j'aurais dû dire je regrette on peut pas continuer dans un climat comme ça » (coordonnateur 2, p.22)		
« essayant de laisser madame exprimer ce qu'elle avait à dire par rapport à ça comment elle le voyait comment elle le comprenait aussi » (coordonnateur 2, p.15)	Niveau de compréhension	Mise en forme du contenu
« moi j'aime concrètement quand ça se		

<p><i>« passe humour j'aime ça mais il n'y a pas toujours place à ça mais »</i> (coordonnateur 1, p.6)</p> <p><i>« Moi j'aime beaucoup l'humour »</i> (coordonnateur 1, p.6)</p> <p><i>« j'aime ça une espèce de complicité d'entraide en même temps de taquinerie presque affectueuse »</i> (coordonnateur 1, p.6)</p>	<p>Humour</p> <p>Complicité Taquinerie</p>	<p>Gestionnaire du climat</p>
<p><i>« s'assurer que toutes les informations sont données eh que ce soit arrêté dans le temps qu'il y a un début et une fin que les informations les plus importantes et les plus pertinentes soient dites »</i> (coordonnateur 1, p.4)</p> <p><i>« sont ((parents)) informés ou donne des infos »</i> (coordonnateur 1, p.11)</p> <p><i>« d'être bien structuré dans leur pensée »</i> (coordonnateur 2, p.5)</p>	<p>Informations structurées</p>	<p>Mise en forme du contenu</p>
<p><i>« on peut aussi donner des informations du recadrage »</i> (coordonnateur 1, p.10)</p> <p><i>« c'est un des plans d'intervention que j'ai trouvé le plus dur dans ce que j'ai fait j'ai essayer bon oui de donner la parole à chaque personne mais aussi de recadrer beaucoup parce que c'était ça débordait beaucoup vers un paquet d'autres choses qui n'avaient pas d'affaire dans un pi »</i> (coordonnateur 2, p.10)</p> <p><i>« si on est centré si on sait pourquoi on fait notre réunion quand on est tous d'Accord sur ça »</i> (coordonnateur 2, p.11)</p>	<p>Recadrage dans les interactions</p>	<p>Mise en forme du contenu</p>
<p><i>« c'est beaucoup d'aller vérifier avec le client si on a fait le tour de la question s'il est satisfait du plan d'intervention »</i> (coordonnateur 1, p.4)</p>	<p>Participation du client et la personne l'accompagnant</p>	

<p><i>rencontre » (coordonnateur 2, p.7)</i></p> <p><i>« qui en rencontre de pi était très très dynamique à l'intérieur même de la rencontre comme dans le reste de sa réadaptation qui s'impliquait bien QUI ÉTAIT PAS TOUJOURS EN ACCORD AVEC NOUS AUTRES ((emphase)) mais qui amenait de bonnes discussions qui questionnait qui était capable » (coordonnateur 2, p.19)</i></p> <p><i>« une capacité d'argumenter de questionner de poser les bonnes questions aussi donc ça été de dynamiques de pi avec elle qui ont été qui étaient très positives » (coordonnateur 2, p.19)</i></p>		
<p><i>« la circulation » (coordonnateur 1, p.4)</i></p> <p><i>« je fais un tour de table avec les intervenants que eux nous fassent par globalement de ce qu'ils ont identifié eux autres comme forces et comme difficultés » (coordonnateur 2, p.3)</i></p>	Circulation de l'information	Mise en forme du contenu
<p><i>« que l'information soit claire » (coordonnateur 1, p.4)</i></p> <p><i>« s'assure que le message que l'informations soit claire ((pour les parents))) » (coordonnateur 1, p.4)</i></p> <p><i>« que les attentes soient dites clairement » (coordonnateur 1, p.6)</i></p> <p><i>« je ne suis pas capable d'aller le chercher la vraie nature des informations ça aussi je trouve ça frustrant » (coordonnateur 1, p.8)</i></p> <p><i>« toutes les informations soient là claire » (coordonnateur 1, p.9)</i></p> <p><i>« que les ententes soient claires selon les attentes » (coordonnateur 1, p.9)</i></p>	Clarté dans les propos	

<p>« <i>abordont le clairement</i> » (coordonnateur 1, p.10)</p> <p>« <i>Je te dirais la clarté</i> » (coordonnateur 2, p.5)</p> <p>« <i>d'être clair dans ce qu'ils ont à dire</i> » (coordonnateur 2, p.5)</p> <p>« <i>pour moi quelqu'un qui est clair va être capable oui de nommer les éléments de son évaluation mais de dire ça c'est par exemple dans votre vie courante</i> » (coordonnateur 2, p.6)</p> <p>« <i>pouvait ((cliente)) nous expliquer clairement</i> » (coordonnateur 2, p.7)</p>		
<p>« <i>en disant les choses telles qu'elles sont</i> » (coordonnateur 1, p.10)</p> <p>« <i>il faut dire les choses telles qu'elles sont</i> » (coordonnateur 1, p.10)</p>	Communication franche	
<p>« <i>c'est un échange aussi pour eux autres</i> » (coordonnateur 1, p.11)</p> <p>« <i>j'essaie toujours de leur présenter la rencontre comme étant un lieu d'échange ou on va partager ensemble bon eux leurs préoccupations ce que les intervenants ont ciblé dans leurs évaluation que ce soit vraiment une échange</i> » (coordonnateur 2, p.3)</p> <p>« <i>qu'il y ait un dynamisme dans la rencontre c'est pas programmé encadré</i> » (coordonnateur 2, p.5)</p> <p>« <i>il y a une belle interaction à l'intérieur des rencontres</i> » (coordonnateur 2, p.23)</p>	Échange	
<p>« <i>que ça se passe dans le respect</i> » (coordonnateur 1, p.6)</p>	Respect	Étiquette relationnelle
<p>« <i>dans l'écoute les uns des autres</i> »</p>	Écoute	

<p>(coordonnateur 1, p.6)</p> <p>« <i>les gens soient attentifs</i> » (coordonnateur 2, p.5)</p>		Gestionnaire du climat
<p>« <i>m'assurer de la compréhension</i> » (coordonnateur 1, p.6)</p> <p>« <i>je pose des questions je répète sur ce quoi on s'entend sur les objectifs je le redis je m'assure que c'est correct autant que pour le parent que pour le jeune</i> » (coordonnateur 1, p.7)</p> <p>« <i>que les messages passent pu les informations passent pu les attentes ne se disent plus</i> » (coordonnateur 1, p.7)</p> <p>« <i>j'essaie de regarder en même temps si c'est bien saisi pour revenir vers eux bon qu'est-ce que vous en comprenez voir leur accord aussi</i> » (coordonnateur 2, p.4)</p> <p>« <i>elle ((cliente)) comprenant bien aussi la dame sa condition médicale</i> » (coordonnateur 2, p.8)</p>	Compréhension	Mise en forme du contenu
<p>« <i>il faut être honnête la personne est soit orienté vers des solutions alternatives</i> » (coordonnateur 1, p.10)</p>	Honnêteté	
<p>« <i>c'est l'occasion formelle de faire un bilan</i> » (coordonnateur 1, p.10)</p>	Bilan	
<p>« <i>ils ((intervenants)) sont comme support moi en tout cas je les utilise comme ça</i> » (coordonnateur 1, p.11)</p> <p>« <i>moi je les ((intervenants)) utilise plus comme support au client ou au parent</i> » (coordonnateur 1, p.11)</p>	Support	
<p>« <i>ils ((intervenants)) sont beaucoup plus en support</i> » (coordonnateur 1, p.11)</p>		

<p>« quand je sens que les gens travaillent en équipe » (coordonnateur 1, p.16)</p> <p>« je trouve ça riche aussi je trouve ça ben riche moi travailler en équipe » (coordonnateur 1, p.16)</p>	Travail d'équipe	Équipe
<p>« ça coule tout seul puis quand on sent que la cohésion d'équipe aussi est bonne il y a des fois où ça va tout seul » (coordonnateur 2, p.8)</p> <p>« quand ça se produit quand ces dynamiques là ((problèmes entre intervenants)) sont présentes pour moi il faut que la majeure se règle avant le pi » (coordonnateur 2, p.12)</p> <p>« s'était dit avant le plan regarde ça marche pas c'est clair que c'est pas facile de créer une cohésion d'équipe mais C'est pas vrai qu'on va arriver en pi comme ça » (coordonnateur 2, p.12)</p> <p>« on va avoir un cohésion parce que moi j'accepte pas qu'on arrive en pi comme ça » (coordonnateur 2, p.12)</p>	Cohésion d'équipe	Équipe
<p>« il y a vraiment une concertation un pi qu'on tient compte de l'ensemble des besoins de la personne » (coordonnateur 2, p.1)</p>	Concertation	Équipe
<p>« j'essaie d'être vigilante quant au langage utilisé » (coordonnateur 2, p.4)</p> <p>« je reviens aussi au langage utilisé de le simplifier » (coordonnateur 2, p.5)</p> <p>« en pi d'être clair d'être aussi très accessible dans tout ce qu'on dit » (coordonnateur 2, p.5)</p> <p>« il ne faut pas que ça devienne une rencontre d'expert avec un langage hermétique » (coordonnateur 2, p.5)</p>	Simplification et accessibilité du langage	Mise en forme du contenu

<p>« ouvert à ce qui se passe dans la rencontre et être ouvert à une interaction » (coordonnateur 2, p.5)</p>	Ouverture	Étiquette relationnelle
<p>« d'être capable d'affirmer ce qu'ils ont comme professionnels que de d'être que de pouvoir écouter » (coordonnateur 2, p.5)</p>	Capacité d'écoute	Étiquette relationnelle
<p>« la communication est pas facile entre deux personnes ou parce que un ou une professionnelle a peut-être tendance à à ramener un petit peu large par rapport à sa propre profession et avoir de la difficulté à regarder un petit peu plus globalement » (coordonnateur 2, p.12)</p>	Respect disciplinaire	Étiquette fonctionnelle
<p>« nos rencontres sont simplifiées dans le sens qu'on va clairement à la problématique actuelle sur laquelle on peut travailler sur laquelle on peut aider la personne » (coordonnateur 2, p.12)</p>	Simplification des rencontres	
<p>« Que ce soit justement un climat d'échange » (coordonnateur 2, p.16)</p>	Attentes communicationnelles	
<p>« pas une réunion technique je dirais ou pas une réunions de professionnels avec des aspects très techniques justement que ce soit une réunion d'échange » (coordonnateur 2, p.16)</p>	Échange	
<p>« qu'on soit en interaction en échange avec la personne » (coordonnateur 2, p.16)</p>		Gestionnaire du climat
<p>« que les gens soient tout à fait sensible à la situation de la personne qui est là » (coordonnateur 2, p.16)</p>	Sensibilité	
<p>« peut avoir de l'humour où on peut se permettre » (coordonnateur 2, p.16)</p>	Humour	

ÉNONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DES DISCUSSIONS CLINIQUES	CODES	CATÉGORIES
« <i>s'il y a des consensus à obtenir qu'on a pas</i> » (coordonnateur 1, p.4)	Consensus	
« <i>qu'on ait une bonne discussion justement en terme de pronostic qu'on regarde à un moment x qu'est-ce qu'on pense comme équipe</i> » (coordonnateur 2, p.17)	Travail d'équipe	Équipe
« <i>ou s'il y a des discussions un petit peu viriles à avoir ben on les fait là plus là plutôt qu'au plan d'intervention</i> » (coordonnateur 1, p.4)	Communication franche	Authenticité des relations
« <i>Préparer le terrain</i> » (coordonnateur 1, p.5)	Communication planifiée	
« <i>la discussion clinique peut servir à ça aussi à préparer le terrain</i> » (coordonnateur 1, p.5)	Préparation	Mise en forme du contenu
« <i>il faut qu'on ait une idée claire en tant qu'équipe faut savoir qu'est-ce qu'on décide qui va se dire à l'intérieur du plan en terme de pronostic</i> » (coordonnateur 2, p.17)		
« <i>je dois aviser contacter le conseiller avant le plan pour lui donner les grandes lignes de nos orientations eh pis ça c'est prévu dans l'entente donc il faut que j'ai il faut qu'on ait dégagé les grandes pistes mais tout en se disant que la décision finale se fait dans le plan</i> » (coordonnateur 1, p.5)	Prise de décision	
« <i>on peut formuler formuler des objectifs qui viennent du client parce que l'échange a été fait à ce niveau là</i> » (coordonnateur 2, p.17)	Formulation des objectifs	

ÉNONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DES INTERVENTIONS	CODES	CATÉGORIES
<p>« il n'y a pas beaucoup de surprise souvent la personne elle le sait elle fait sa physio elle fait son ergo il n'y a pas de surprise » (coordonnateur 1, p.10)</p> <p>« les intervenants ont déjà discuter avec les clients de leurs objectifs parce que c'est pas facile arriver carrément aux rencontres en demandant aux gens leurs attentes qu'est-ce qui avait eux comme objectifs » (coordonnateur 2, p.17)</p> <p>« les intervenants ont déjà discuter avec les personnes qu'est-ce qu'ils en ce moment aimeraient réaliser dans leur vie qui est pas facile pis qu'est-ce qu'il pense qu'il pourrait faire d'ici un mois 2 mois ou 3 mois facque les clients sont préparés à ça » (coordonnateur 2, p.17)</p> <p>« elle aura parlé puis elle aura laissé la porte ouverte si vous avez des questions hésitez pas facque c'est rare qu'on va arriver en situation de décalage total » (coordonnateur 2, p.18)</p>	Informations connues	Authenticité des relations
<p>« Pis ce que j'aime beaucoup c'est en dehors des cadres formels des plans d'intervention croiser les clients leur demander aller prendre de leurs nouvelles j'adore ça j'aime ça je suis dans mon élément » (coordonnateur 1, p.17)</p> <p>« moins de distance effectivement ils savent que je les connais ils sont rassurés sur eh parce que de façon informelle ils vont me passer me présenter beaucoup leurs préoccupations leurs questionnement leurs craintes leurs doutes » (coordonnateur 1, p.17)</p> <p>« et par rapport aussi à certains aspects à certaines problématiques que les gens ont exprimés de façon un peu plus confidentiel à un membre de l'équipe et me dit non ça j'aime mieux qu'on ne l'aborde pas directement au plan des choses de vie plus intime » (coordonnateur 2, p.17)</p>	<p>Communication informelle</p> <p>Relation de proximité</p>	Authenticité des relations

Tableau des parents

ENONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DU PLAN D'INTERVENTION	CODES	CATÉGORIES
« <i>c'était ce à quoi je m'attendais au départ je comprenais très bien la mission D'Interval il faut dire que j'ai eu à travailler moi-même avec Interval l'année d'avant alors je m'attendais à ça</i> » (père, p.4)	Attentes	Besoins
« <i>nous avons des objectifs à atteindre</i> » (père, p.6)		
« <i>je vais dire mes attentes très clairement au départ c'est d'ailleurs ce que j'ai fait et je m'attendais à être informé et c'est ce qu'ils ont fait ça toujours été très clair depuis le début</i> » (père, p.8)	S'attendait à être informé	Besoin au niveau du contenu
« <i>mes attentes ont été de l'apprentissage et en même temps que eux même</i> » (père, p.6)	Apprentissage	
« <i>quand je dis à mon garçon qu'on va aller voir la madame qui fait des beaux dessins il est pas oh non c'est oui pis lui aussi se sentait en confiance</i> » (mère, p.5)	Confiance	Besoin au niveau du soutien
« <i>ça l'a ((enfant)) peut-être aider à se remettre en confiance et ça je le crois qu'il lui on vraiment donné quelque chose</i> » (mère, p.5)		
« <i>je pense que je vais être vraiment backé en arrière de moi</i> » (mère, p.5)	Se sent appuyée	
« <i>ils vont probablement m'amener ce qui ont vu de de ce qu'ils ont ressorti de mon garçon il m'ont donné des symptômes</i> » (mère, p.6)		
« <i>je me suis sentie [appuyé là-dedans] c'est ça</i> » (mère, p.12)		
« <i>pis je pense qu'il vont me donner des trucs aussi moi là-dedans</i> » (mère, p.6)	Informations	Besoin au niveau du contenu
« <i>peut-être qu'ils vont m'aider pis me donner</i> »		

<p><i>certains trucs me dire quoi faire pour vraiment » (mère, p.7)</i></p> <p><i>« eux m'ont donné des commentaires que peut-être il y avait certaines informations » (mère, p.11)</i></p> <p><i>« ça nous permet d'éviter un certain dédoublement d'informations » (père, p.3)</i></p> <p><i>« c'était très clair à toutes les fois qu'on se voyait je savais pourquoi on se voyait je savais le but qui était visé et les besoins de tous et chacun à mon avis étaient comblés » (père, p.4)</i></p>		
<p><i>« c'était clair c'était tout le temps clair » (père, p.4)</i></p>	Clarté des informations	
<p><i>« non parce que c'est vraiment quelque chose c'est technique pour eux mais c'est technique explicite c'était clair en me posant la question si je comprends c'est sûr que tu passes pas à côté dans ce temps là » (mère, p.12)</i></p> <p><i>« ce sont des gens qui savent très bien s'exprimer et de s'assurer qu'on a bien compris aussi » (mère, p.12)</i></p>	Clarté du langage	
<p><i>« c'est sûr que moi je vais poser la question » (mère, p.6)</i></p> <p><i>« c'est sûr que je vais poser des questions c'est sûr que je vais poser des questions » (mère, p.7)</i></p> <p><i>« c'est sûr que je vais avoir des questions à poser » (mère, p.7)</i></p> <p><i>« je n'ai pas eu peur de poser les questions pis je leur ai demandé comment ça peut passer » (mère, p.8)</i></p> <p><i>« j'ose poser les questions » (mère, p.8)</i></p> <p><i>« je vais vraiment en avoir des questions »</i></p>	<p>Participation</p> <p>Interrogations</p>	

<p>« les gens d'ici qui m'ont le plus sécurisé versus les spécialistes que j'ai pu voir » (mère, p.13)</p>		
<p>« c'est de voir comment ça va tout ça où est- ce que Maude est rendue où est-ce que eux sont rendus par rapport à Maude » (père, p.1)</p>	Bilan	Besoin au niveau du contenu
<p>« tout le monde a très bien collaboré » (père, p.3)</p>	Collaboration	
<p>« L'échange en tant que tel entre les différents intervenants même s'ils étaient au départ de milieux différents ils avaient tous le même but » (père, p.4)</p> <p>« Absolument il n'y avait pas non plus de barigouinage inutile » (père, p.6)</p>	Échange constructif	
<p>« permis de mieux coordonner » (père, p.3)</p>	Aide à la coordination	
<p>« c'était relax même amusant il y avait beaucoup d'humour dans tout ça et le monsieur de la saaq qui était un personnage en soit était intéressant » (père, p.4)</p>	Climat	

ENONCÉS SE RAPPORTANT AU MOMENT DES INTERVENTIONS	CODES	CATÉGORIES
<p>« <i>c'est sûr que c'est un petit peu imposant</i> » (mère, p.3)</p> <p>« <i>l'endroit où est-ce que ça a été choisi je trouve que c'est un endroit où est-ce qu'on était vraiment bien parce qu'on était pas comme dans un bureau mon gars était pas assis sur la chaise pis dire arrête tu bouges pas</i> » (mère, p.3)</p> <p>« <i>l'endroit où je suis entrée là je trouve qu'il y a un atmosphère dans ça t'a pas l'impression d'être à l'hôpital</i> » (mère, p.8-9)</p> <p>« <i>les autres me posaient des questions et évaluait un petit plus comment mon garçon se comportait là</i> » (mère, p.3)</p> <p>« <i>t'essai toujours de pas oublier des affaires tu sais c'est des affaires que tu oublies un petit peu mais les gens nous posent beaucoup les questions pis nous amène à répondre</i> » (mère, p.3)</p> <p>« <i>c'était vraiment en cercle t'avais pas de table facque déjà pour moi ce n'était pas quelque chose de fermé</i> » (mère, p.3)</p> <p>« <i>t'es vraiment dans un contexte que c'est pour l'enfant que tu fais ça facque t'es un petit peu plus en confiance moi en tout cas je me suis vraiment sentie en je me suis sentie bien là-dedans</i> » (mère, p.4)</p> <p>« <i>je me suis sentie écoutée</i> » (mère, p.4)</p> <p>« <i>c'est en allant en plus profond que ça pour moi ça m'a sécurisé</i> » (mère, p.4)</p> <p>« <i>j'ai besoin de me sécuriser beaucoup parce que en quelque part je ne suis pas sécurisé je le suis pas à 100%</i> » (mère, p.8)</p>	<p>Imposant</p> <p>Lieu choisi</p> <p>Intervenants posent des questions</p> <p>Ouverture</p> <p>À l'aise</p> <p>Besoin d'écoute</p> <p>Besoin d'être sécurisé</p>	<p>Aménagement</p> <p>Besoin au niveau du contenu</p> <p>Besoin au niveau du soutien</p>

<p>« j'ai été sécurisée pis j'ai été réconfortée » (mère, p.9)</p>		
<p>« ça aussi c'est sécurisant parce que si moi je parle avec elle pis qu'elle a bon de persister c'est elle qui va pousser en ma faveur » (mère, p.9)</p>		
<p>« qui étaient autour de moi qui se trouvent être juste des intervenants pour aider » (mère, p.4)</p>	<p>Perception du travail des intervenants</p>	
<p>« si j'ai besoin pis qu'il y a quelque chose qui va moins bien la relation que j'ai avec la personne qui s'occupe du dossier de mon garçon pis avec la relation que j'ai là-bas c'est sûr que si j'ai à communiquer avec eux je pense qu'ils vont réagir » (mère, p.4)</p>	<p>Bonne relation avec le milieu</p>	
<p>« je prenais l'initiative d'appeler à l'intervall pour savoir où on en était rendu et aussi eux-mêmes m'appelaient pour savoir comment ça se passait à la maison ça se passait très bien à ce niveau là » (père, p.3)</p>	<p>Suivi des interventions</p>	<p>Besoin au niveau du contenu</p>
<p>« pour moi ça peut fermer une page ça peut on tourne la page (...)je pense que je vais être vraiment backé en arrière de moi » (mère, p.5)</p>	<p>Attentes communicationnelles Sentir backée</p>	<p>Besoin au niveau du soutien</p>
<p>« peut-être qu'ils vont m'aider pis me donner certains trucs me dire quoi faire pour vraiment » (mère, p. 7)</p>	<p>Donner des trucs de l'appui</p>	
<p>« ils vont probablement m'amener ce qui ont vu de de ce qu'ils ont ressorti de mon garçon » (mère, p.6)</p>	<p>Donner de l'information</p>	<p>Besoin au niveau du contenu</p>
<p>« nous avons des objectifs à atteindre » (père, p.6)</p>	<p>Informations au niveau des objectifs</p>	
<p>« je m'attendais à être informé et c'est ce qu'ils ont fait ça toujours été très clair depuis le début » (père, p.8)</p>	<p>Recevoir de l'information</p>	